

Vergaderjaar 2003–2004

29 763

Regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet)

Nr. 4

ADVIES RAAD VAN STATE EN NADER RAPPORT¹

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Raad van State d.d. 26 augustus 2004 en het nader rapport d.d. 16 september 2004, aangeboden aan de Koningin door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het advies van de Raad van State is cursief afgedrukt.

Bij Kabinetsmissive van 28 mei 2004, no.04.002142, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet tot regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking (Zorgverzekeringswet), met memorie van toelichting.

Dit wetsvoorstel voorziet in een sociale verzekering voor curatieve zorg voor alle Nederlandse ingezetenen, die uitgevoerd wordt door private ziektekostenverzekeraars. Deze wijziging maakt deel uit van de herziening van de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling van de gezondheidszorg. Het wetsvoorstel vervangt de Ziekenfondswet (Zfw), de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden.

De Raad van State maakt naar aanleiding van het wetsvoorstel een aantal opmerkingen, onder meer met betrekking tot de keuze van het type zorgverzekeringsstelsel, de mogelijke alternatieven, de onzekerheden en risico's en de mogelijke fasering van de invoering van onderdelen van het stelsel. Hij is van oordeel dat het voorstel in verband daarmee nader dient te worden overwogen.

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 28 mei 2004, no. 04.002142, machtigde Uwe Majesteit de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 26 augustus 2004, nr. W13.04.0217/III, bied ik U hierbij aan.

1. Inleiding en opzet van het advies

Het streven naar wijzigingen in het stelsel van zorgverzekeringen is niet nieuw. In de laatste decennia is daarover veel te doen geweest. Er zijn verschillende aanpassingen aangebracht ten behoeve van een grotere doelmatigheid. Ook is eerder overwogen de bestaande scheiding tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden op te heffen evenals een andere toedeling van publieke en private verantwoordelijkheden. Eén nieuw stelsel is evenwel tot dusverre niet gerealiseerd.

Het zou op zichzelf de moeite waard zijn na te gaan waarom dat ene stelsel tot nu toe niet totstandkwam. Het kan inzicht bieden in de uiteenlopende

¹ De oorspronkelijke tekst van het voorstel van wet en van de memorie van toelichting zoals voorgelegd aan de Raad van State is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

opvattingen, posities en belangen die een rol spelen. Juist op dit gebied zijn politieke keuzen lastig, financiële belangen groot en bestaande posities moeilijk te doorbreken.

Ook in andere landen met zeer uiteenlopende stelsels zoals Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten, komen veranderingen in de gezondheidszorg moeizaam tot stand. Een en ander leidt tot de noodzaak nauwgezet te analyseren wat er mis is in het huidige stelsel en tot behoedzaamheid bij voorstellen om te komen tot wijzigingen in dat stelsel.

In het hierna volgende advies gaat de Raad eerst in op de problemen waarvoor het voorstel een oplossing wil zijn en op mogelijkheden om binnen het huidige stelsel die problemen (gericht) op te lossen.

Daarna gaat de Raad in op het uitgangspunt voor een algemeen zorgstelsel: overwegend publiek of overwegend privaat. Welk uitgangspunt ook wordt gekozen, het resultaat zal altijd een mengvorm zijn: privaatrechtelijk onder publieke voorwaarden of publiekrechtelijk met privaatrechtelijke elementen. Het gaat om de maatvoering en de verhouding tussen beide. Het is naar het oordeel van de Raad allerm minst zeker dat het voorgestelde stelsel minder overheidsinvloed zal kennen dan in het bestaande stelsel het geval is. Hetzelfde geldt voor de administratieve lasten.

Vervolgens gaat de Raad in op de keuze die in het voorliggende voorstel wordt gemaakt: een overwegend privaatrechtelijke zorgverzekering. Daarbij constateert de Raad dat er niet van één markt sprake is, maar van ten minste twee: de zorgmarkt en de verzekeringsmarkt, die op elkaar inwerken. De Raad twijfelt sterk of zal worden voldaan aan de voorwaarden voor marktwerking die het Centraal Planbureau (CPB) heeft geformuleerd. Daarnaast rijst de vraag of voldoende onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende verantwoordelijkheden die de (Nederlandse) overheid op die verschillende markten heeft en of wordt voldaan aan de eisen die de (Europese) overheid stelt. Voorkomen moet worden dat per saldo alleen van «bureaucratisch gesimuleerde marktwerking» sprake is.

In de gezondheidszorg gaat het uiteindelijk om de relatie arts-patiënt. Essentieel in die relatie zijn de medische professionaliteit (de juiste behandeling op het juiste moment voor de individuele patiënt) en het onderling vertrouwen (tussen die individuele patiënt en de arts). De Raad meent dat het wetsvoorstel te weinig zicht biedt op de gevolgen van het nieuwe stelsel voor deze relatie.

Na deze meer algemene overwegingen inzake de motivering van het voorstel en de vraag of het plan kan werken zoals wordt beoogd, gaat de Raad in op de verschillende onderdelen van het voorstel: de verhouding met de regelingen in het Burgerlijk Wetboek (BW) (paragraaf 5); de verzekeringsplicht; het begin en het einde van de verzekering; de zorgplicht (paragraaf 6); het verzekerde pakket (paragraaf 7); de «buitenlandse» problematiek (paragraaf 8); het toezicht (paragraaf 9); de handhaving (paragraaf 10); de gegevensverstrekking (paragraaf 11) en de financiële structuur en haar gevolgen (paragraaf 12). Het advies wordt afgesloten met enkele technische opmerkingen (paragraaf 13).

1. Inleiding

De Raad van State maakt naar aanleiding van het wetsvoorstel een aantal opmerkingen, onder meer met betrekking tot de keuze van het type zorgverzekeringsstelsel, de mogelijke alternatieven, de onzekerheden en risico's en de mogelijke fasering van de invoering van de onderdelen van het stelsel. Hij is van oordeel dat het voorstel in verband daarmee nader dient te worden overwogen. Die nadere afweging wordt in het hierna volgende gemaakt.

De volgorde van de opmerkingen die door de Raad in zijn advies zijn gemaakt, wordt hierbij zo goed mogelijk aangehouden.

2. Achterliggend probleem, doelstellingen en gekozen middel

2.1. Algemeen

Volgens de toelichting dient het presterend vermogen van het gezondheidszorgsysteem, waaronder het verzekeringsstelsel, toe te nemen

om de overheidsverantwoordelijkheid te kunnen blijven waarmaken de burgers toegang te verschaffen tot noodzakelijke, kwalitatief goede gezondheidszorg. De behoefte aan geneeskundige zorg zal de komende decennia verder toenemen als gevolg van vergrijzing van de bevolking, de snelle medisch-technologische ontwikkelingen en de uitbreiding van het aantal diagnose- en behandelmethoden. Het huidige stelsel schiet naar het oordeel van de regering tekort om deze groei adequaat op te vangen. Het wordt gekenmerkt door een historisch gegroeid, verbrossend verzekeringsstelsel dat ongewenste inkomenseffecten veroorzaakt, onvoldoende keuzemogelijkheid biedt en onvoldoende de eigen verantwoordelijkheid van de verschillende partijen aanspreekt, onder meer als gevolg van de centrale overheidssturing. Het stelsel genereert verder te veel administratieve lasten en prikkelt zorgaanbieders onvoldoende tot vraaggerichte en doelmatige zorg. Als gevolg van deze ontwikkelingen dreigt de betaalbaarheid van de zorg in gevaar te komen. Het wetsvoorstel bevat in dit verband als een van de doelstellingen een grotere doelmatigheid. Met het wetsvoorstel wordt voorts beoogd het huidige systeem van centrale overheidssturing in te ruilen voor een meer decentraal georganiseerd stelsel van gereguleerde concurrentie¹.

De Raad merkt allereerst in algemene zin het volgende op.

Ontwikkelingen van de laatste jaren in de vraag naar en het aanbod van zorg plaatsen het huidige stelsel onder zware druk.

De volksgezondheid is naar volume en kwaliteitsontwikkeling een groeisector als gevolg van demografische ontwikkelingen en toenemende vraag naar steeds hoogwaardiger voorzieningen. Hiervan gaat een permanente opwaartse druk uit op de financieringskosten van de zorg en op de publieke financiën. Tegelijkertijd zijn de opvattingen over de toedeling van publieke en private verantwoordelijkheid onder invloed van de algehele toename in welvaart en individuele weerbaarheid gewijzigd. De vraag rijst of het huidige stelsel nog voldoende is toegesneden op deze nieuwe ontwikkelingen. Voldoende reden derhalve de huidige zorg(verzekering) tegen het licht te houden.

Vastgesteld kan echter worden dat (pogingen tot) fundamentele wijzigingen van het stelsel van zorg en van zorgverzekeringen buitengewoon moeizaam verlopen. De discussie in ons land gedurende de afgelopen 30 jaar getuigt daarvan.

Ten minste twee aspecten spelen hierbij naar het oordeel van de Raad een rol. In ons land wordt breed gedragen de opvatting dat zorg voor iedereen toegankelijk moet zijn, ongeacht de inkomenspositie. Daarbij zal er altijd een spanning worden gevoeld tussen het behoud van (individueel) menselijk leven en een beperking van beschikbare (collectieve) financiële middelen. Praktisch gesproken zal niettemin elk systeem zijn begrenzingen kennen. De toelichting verwijst slechts naar deze thematiek². De Raad vindt dat dit aspect een bredere uiteenzetting behoeft.

Ten tweede is er twijfel of marktwerking, waar ook het huidige voorstel op is gericht, een bruikbaar instrument kan zijn bij prijsvorming van medische zorg. Deze twijfel spitst zich toe op de vraag of wel voldaan wordt (dan wel kan worden) aan noodzakelijke voorwaarden die vervuld moeten zijn om reële marktwerking mogelijk te maken en de veronderstelde gunstige effecten daarvan te realiseren.

De Raad heeft zijn advies opgesteld tegen de achtergrond van deze meer algemene overwegingen. Deze overwegingen dwingen tot een nauwgezette analyse van wat er thans aan de hand is en dwingen tot een behoedzame en weloverwogen keuze van noodzakelijke beleidsveranderingen. De zorg en het zorgverzekeringsstelsel lenen zich immers niet voor experimenten.

De Raad stelt vast dat met het thans voorliggende wetsvoorstel een geheel nieuwe opzet van de zorgverzekering wordt voorgesteld. De twee dragende elementen in dit voorstel zijn:

- de verschillende verzekeringsregimes – ziekenfondsen en particuliere verzekeringen – worden samengebracht in één algemene zorgverzekering;*
- het karakter van deze verzekering zal privaatrechtelijk zijn binnen een aantal publieke randvoorwaarden, waarvan een acceptatie-, verzekerings-, en zorgplicht, een verplicht pakket, en verevening van risico's en financiering de belangrijkste zijn.*

¹ Memorie van toelichting, hoofdstuk I, onder *Doelstellingen van het wetsvoorstel*.

² Memorie van toelichting, B, Artikelsgewijze toelichting, artikel 14, eerste lid.

De gekozen vormgeving is niet alleen voor ons land nieuw. Ook elders zijn, voor zover de Raad bekend, geen voorbeelden van een zorgverzekering met dit samenstel van private en publieke elementen. Er is derhalve geen praktijkervaring met het voorgestelde type zorgverzekering. Dat dwingt ertoe de veronderstelde effectiviteit van het voorgestelde stelsel deugdelijk te onderbouwen.

2.2. Betaalbaarheid en oplossingen binnen het huidige stelsel.

De toelichting schetst de zorg van de regering dat bij ongewijzigd beleid de kosten van de zorg onbeheersbaar dreigen te worden. Hoe groot is dat risico en is voor het wegnemen daarvan een algehele stelselwijziging nodig?

a. Kostenontwikkelingen

Allereerst dient, naar het oordeel van de Raad, nagegaan te worden hoe ernstig deze onbeheersbaarheid ingeschat moet worden en waaraan deze toegeschreven dient te worden.

Blijkens de laatste begroting van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de zorgquote (het aandeel van de kosten van de zorg in het bruto binnenlands product) zich tussen 1994 en 2000 gestabiliseerd rond de 8.5%. Daarna is dit aandeel gestegen tot 9.7% in 2003¹. De trend is onmiskenbaar opwaarts. Ook elders in Europa doen zich soortgelijke ontwikkelingen voor. In vergelijking met de andere Europese landen scoort Nederland echter niet slecht². De vraag is voorts in welke sectoren van de zorg de kostenstijgingen zich vooral manifesteren: in de AWBZ-uitgaven en/of in de kosten die verband houden met de curatieve zorg die in de zorgverzekering zijn begrepen. Ook moet onderscheiden worden de groei van het gebruik en daarmee de kosten van medische voorzieningen als zodanig en het aandeel van de collectieve financiering daarin. Groei in volume en kwaliteit van medische voorzieningen lijkt immers onvermijdelijk, en voor een zeker deel ook gewenst in een samenleving die vergrijst en waarin de aanspraken op hoogwaardig medische voorzieningen voortdurend zullen toenemen.

De Raad adviseert de toelichting aan te vullen met prognoses van deze kostenontwikkeling bij ongewijzigd beleid voor de komende jaren. Bovendien is daarbij van belang aan te geven de ontwikkeling van de uitgaven in termen van de zorgquote.

b. Beheersing kostenontwikkeling door pakketverkleining

Vervolgens dient, naar het oordeel van de Raad, nagegaan te worden of binnen het bestaande stelsel aanpassingen mogelijk zijn die toereikend geacht kunnen worden voor betere beheersing van de kostenontwikkelingen. De Raad wijst in dit verband op het volgende.

Ter afbakening van het pakket hanteert het wetsvoorstel de criteria «noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering». Deze omschrijving sluit nauw aan bij die van de commissie-Dunning³. Niet wordt toegelicht waarom voor deze omschrijving wordt gekozen en evenmin wat de consequentie van deze keuze is voor het verplicht voor te schrijven pakket.

De Raad adviseert dit toe te lichten.

Voorts is in dit verband op voorhand niet duidelijk of het thans voorgeschreven pakket op alle onderdelen voldoet aan genoemde criteria.

De Raad adviseert daarom te toetsen of het voorgeschreven pakket ook daadwerkelijk geboden is uit een oogpunt van noodzakelijke zorg, getoetst aan aantoonbare werking, kosteneffectiviteit en noodzaak van collectieve financiering.

De Raad stelt deze vraag naar de motivering van het voorgestelde pakket ook tegen de achtergrond van het beleid van de regering om een grotere eigen verantwoordelijkheid van verzekerden te introduceren teneinde ook langs die weg een meer doelmatige zorggebruik te bevorderen. De regering is verantwoordelijk voor het betaalbaar houden van basisvoorzieningen ook in een samenleving die steeds meer vergrijst en waarin de medische technologie voortsnel. Een zorgvuldige analyse van wat werkelijk nodig is in een verplicht pakket vloeit uit die verantwoordelijk voort.

De Raad adviseert om deze analyse alsnog te maken en van een conclusie te voorzien.

¹ Memorie van toelichting bij de rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kamerstukken 2003/04, 29 200 XVI, nr. 2, blz. 296.

² OECD, Towards High-Performing Health Systems, mei 2004.

³ Memorie van toelichting, Hoofdstuk V, onder d, het verzekerde pakket.

c. *Beheersing kostenontwikkeling door hogere verplichte eigen bijdragen*
In een internationale vergelijking valt op dat het niveau van de verplichte eigen bijdragen in ons land heel laag is. In ons land wordt slechts 9% van de totale uitgaven in de gezondheidszorg door eigen betalingen opgebracht. In Zweden is dit 14%, in het Verenigd Koninkrijk 16%, in België 18%, in Italië 20% en in Spanje 24%¹. Daarbij moet overigens wel onderkend worden dat de premiestelsels in deze landen niet altijd vergelijkbaar zijn met het Nederlandse. Afhankelijk van het inzicht in de verschillen zou overwogen kunnen worden het aandeel van de verplichte eigen bijdrage te verhogen naar een meer gemiddeld Europees niveau. Naast het aspect van een grotere directe medefinanciering van verzekerden kan hiervan een positieve invloed uitgaan naar het vergroten van het kostenbewustzijn. Daarnaast is bekend dat een gebrekkige gezondheid voor 30 tot 50% wordt veroorzaakt door ongezond gedrag². De Raad beveelt aan te overwegen in de toedeling van de financiële lasten van de zorg dit aspect zwaarder tot uitdrukking te laten komen dan thans het geval is. De Raad adviseert toe te lichten of deze mogelijkheden zijn overwogen.

2.3. Voorgestelde wijziging van het stelsel en alternatieven

Indien nadere beleidsanalyses leiden tot de conclusie dat niet ontkomen kan worden aan een stelselwijziging, dan dienen de twee hiervoor beschreven dragende elementen in het thans voorliggende voorstel nadrukkelijk te worden onderscheiden: enerzijds de noodzaak van een algemene zorgverzekering en anderzijds de wenselijkheid van het privaatrechtelijke karakter van deze verzekering, binnen publieke randvoorwaarden.

a. Een algemene zorgverzekering

De toelichting schetst de ongewenste effecten van het bestaan van de twee onderscheiden verzekeringsregimes die ons land thans kent. Tevens wordt uiteengezet dat de twee regimes in de loop der jaren naar elkaar toe zijn gegroeid. Er zijn, aldus de toelichting, ongewenste inkomenseffecten bij een overgang tussen beide regimes, een evenwichtige lastenverdeling kan moeilijk verzekerd worden en het is ongewenst dat het type verzekering thans kan afhangen van de aard van de arbeidsovereenkomst, de burgerlijke staat, het inkomen en soms ook de gezondheid die men heeft³. Onduidelijk is echter hoe groot de groep is die deze problemen ondervindt.

De vraag is dan ook of deze (deel)problemen een voldoende motief zijn om te komen tot het voorstel van een algemene zorgverzekering. De toelichting roept de vraag op of is nagegaan of de gesignaleerde knelpunten, die veelal verband houden met «grensverkeer» tussen beide systemen, niet gericht aangepakt kunnen worden zonder een algemene zorgverzekering⁴. «Overgangsmaatregelen» zouden overwogen kunnen worden voor dit grensverkeer, zonder dat de regimes als zodanig in het geding worden gebracht.

De Raad is van oordeel dat de keuze voor een algemene zorgverzekering onvoldoende wordt onderbouwd.

De Raad adviseert hier in de toelichting op in te gaan, mede tegen de achtergrond van de navolgende opmerkingen over de risico's die de gemaakte keuze in het wetsvoorstel met zich mee brengt.

b. Karakter van de verzekering: hybride

Het huidige systeem van verplichte ziekenfondsverzekering voor werknemers tot een zeker inkomensniveau, en het particuliere verzekeringsstelsel voor de inkomens daarboven, is verbrokkeld en hybride. Dit is nooit geheel te voorkomen: er zal altijd sprake zijn van private en publieke aspecten. In de voorgestelde nieuwe zorgverzekering zijn aard en omvang van de publieke randvoorwaarden evenwel zodanig, dat het voorgestelde stelsel niet minder hybride is dan het huidige al worden de accenten anders gelegd. In het huidige ziekenfonds is 65% van de burgers van rechtswege verzekerd voor een wettelijk vastgelegd pakket⁵. De laatste jaren wordt gepoogd deze publiekrechtelijke zorgverzekering effectiever te laten functioneren door elementen van de bedrijfsvoering van particuliere verzekeringsmaatschappijen toe te laten. Er is inmiddels voor belangrijke categorieën zorg geen contracteerplicht meer, ziekenfondsen mogen met de nominale premie onderling concurreren en er wordt een no-claimteruggaaf geïntroduceerd. De uitvoering van de Zfw blijft evenwel aan ziekenfondsen voorbehouden. In die zin heeft het huidige stelsel zijn publieke karakter behouden.

¹ Memorie van toelichting bij de rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kamerstukken 2003/04, 29 200 XVI, nr. 2, blz. 302 (cijfers over 2001).

² Raad voor de Volksgezondheid en RIVM, Gepaste Zorg, Advies, juni 2004.

³ Memorie van toelichting, Hoofdstuk I. Inleiding en samenvatting en Hoofdstuk II. Achtergrond van het Wetsvoorstel.

⁴ Memorie van toelichting Hoofdstuk II. Achtergrond van het Wetsvoorstel.

⁵ Memorie van toelichting, Hoofdstuk II, onder Ontwikkeling van het stelsel van ziektekostenverzekeringen voor geneeskundige zorg.

Wat thans wordt voorgesteld is het omgekeerde: een privaatrechtelijke verzekering, ingebed in een reeks van zeer ingrijpende publieke randvoorwaarden. In feite wordt het bestaande hybride systeem ingeruild voor een ander, niet minder hybride systeem. Het valt niet op voorhand in te zien waarom dit hybride systeem met minder problemen zal werken. Er komen in ieder geval nieuwe problemen bij: de verenigbaarheid van het voorgestelde stelsel met het Europese recht. Op grond van het Europese recht dient immers aangetoond te worden dat de inbreuken op de regels inzake mededinging en staatssteun als zodanig gerechtvaardigd zijn uit hoofde van de borging van publieke belangen en voorts in overeenstemming zijn met het vereiste van proportionaliteit. Bovendien roept het samenstel van private en publieke elementen vragen op naar het karakter van deze zorgverzekering gelet op de bepalingen terzake in het BW.

Uit de toelichting blijkt niet of is overwogen een duidelijker keuze te maken hetzij voor een stelsel met een overheersend publiek karakter, hetzij voor een stelsel met een overheersend privaatrechtelijk karakter.

De Raad adviseert om op het vorenstaande in te gaan, met inachtneming van wat hierna volgt.

c. Een overwegend publieke zorgverzekering

Een algemene zorgverzekering waarbij men van rechtswege verzekerd is en waarvan de uitvoering wordt toevertrouwd aan publieke uitvoeringsorganen is eenduidig van karakter en uitvoering. De Raad onderkent dat een dergelijk alternatief met een overheersend publiekrechtelijke signatuur naast voordelen, ook nadelen zal kennen. Niettemin meent de Raad dat in de motivering van het voorstel waartoe de regering thans is gekomen, een analyse van de voor- en nadelen van een dergelijk eenduidig model van overheersend publiekrechtelijk karakter niet mag ontbreken. Daarbij ware ook in te gaan op de vraag hoe een dergelijk stelsel zich zal verhouden tot stelsels van zorgverzekeringen in andere Europese landen wat betreft positie van verzekerden, aanbieders en verzekeraars. Bij deze toets dient nadrukkelijk te worden betrokken de hiervoor gemaakte opmerkingen over de noodzakelijke omvang van het verplichte pakket en een grotere directe, verplichte financiële betrokkenheid van verzekerden bij hun zorgverzekering.

De Raad adviseert om alsnog in deze analyse te voorzien.

d. Een overwegend privaatrechtelijke zorgverzekering

Het hybride karakter kan ook langs de andere route verminderd worden: een privaatrechtelijke zorgverzekering met alleen die publiekrechtelijke randvoorwaarden die noodzakelijk zijn voor het goed functioneren van de markt, het voldoen aan internationaalrechtelijke verplichtingen en voor hetgeen minimaal voortvloeit uit artikel 22 van de Grondwet. Het wetsvoorstel kiest in beginsel voor deze route. De kwetsbaarheid van deze route schuilt echter in de voorwaarden voor marktwerking gecombineerd met de eisen van toegankelijkheid en betaalbaarheid die publieke voorschriften noodzakelijk maken inzake acceptatieplicht, verevening van risico's, premiestelling en de omvang van het pakket. In het model dat aldus ontstaat, is het zeer de vraag of niet alleen de verzekerden, maar ook de verzekeraars en de zorgaanbieders zich als marktpartijen zullen kunnen gedragen (paragraaf 3). Daarnaast is het de vraag of het stelsel verenigbaar is met het Europese mededingingsrecht (paragraaf 4).

2. Achterliggend probleem, doelstellingen en gekozen middel

2.1 In zijn advies wijst de Raad op een tweetal ontwikkelingen die voldoende reden zijn om de huidige ziektekostenverzekering tegen het licht te houden. Dit betreft in de eerste plaats de permanente opwaartse druk op de financieringskosten van de zorg als gevolg van de demografische ontwikkeling en de toenemende vraag naar hoogwaardige voorzieningen. Anderzijds wijst de Raad op de gewijzigde opvattingen over de toedeling van publieke en private verantwoordelijkheid onder invloed van de algemene toename in welvaart en individuele weerbaarheid.

Ik onderschrijf de zienswijze van de Raad vanuit het perspectief van de ontwikkeling van de gezondheidszorg en de financiering daarvan vanaf de tweede helft van de vorige eeuw.

De overheid is in die periode in Nederland steeds meer verantwoordelijk geworden voor de gezondheidszorg en de langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten. Deze ontwikkeling sluit aan bij een algemene trend in Europa, met als doel de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. De groeiende rol van de overheid in de zorg heeft tot in de jaren zeventig geen ernstige problemen opgeleverd voor de betaalbaarheid van de zorg. Dat kwam door een aantal historisch unieke factoren: de Europese bevolkingen waren in de «babyboomjaren» jong en gezond, mantelzorg bleef in vele landen lange tijd vanzelfsprekend en de grote vlucht van de medische technologie moest nog beginnen. De kosten bleven lange tijd tamelijk beperkt en waren bovendien grotendeels onzichtbaar: ze werden gedekt door wettelijke premies en belastingen zonder dat de netto inkomensontwikkeling daaronder leed. Na oorlogse Europeanen zijn vrijwel zonder uitzondering opgevoed met de gedachte dat de staat garant staat voor «gratis» gezondheidszorg.

De overheid lijkt door de manier waarop de zorg in ons land de afgelopen decennia is ingericht, tot in detail verantwoordelijk te zijn geworden voor de zorg. Dit heeft geleid tot veel bureaucratie en te weinig verantwoordelijkheden voor burgers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

De burger is op veel terreinen weliswaar een kritische consument, voor zijn eigen gezondheid – toch een wezenlijk onderdeel van zijn bestaan – is zijn rol echter zeer beperkt. De burger betaalt weinig direct mee aan de kosten van de zorg en kent meestal prijs noch kwaliteit van de zorg. Hij heeft daarom geen belang bij de meest doelmatige keuze. Collectieve arrangementen overheersen en dat stimuleert de mogelijkheden niet om de zorgbehoefte op andere manieren op te vangen: door de burger zelf, door mantelzorg, door ondersteuning vanuit het maatschappelijk middenveld of door tussenkomst van de gemeente.

De zorgverzekeraar verkoopt weliswaar een product aan zijn klanten, maar heeft in het huidige systeem van zorgverzekeringen weinig invloed op de prijs van dat product en te weinig belang bij kostenbeheersing. De verbrokkelde verzekeringsmarkt beperkt om te beginnen de concurrentie tussen verzekeraars. Voorts staan verzekeraars nog te weinig onder druk van kritische consumenten. Ziekenfondsverzekerden hebben nauwelijks financieel belang om van verzekeraar te wisselen, particuliere verzekerden kunnen het vaak niet. De aanbieders van zorg – huisartsen, medisch-specialisten, ziekenhuizen, instellingen voor verzorging en verpleging, apothekers, paramedici – worden te weinig gestimuleerd tot optimale prestaties. De wijze van financieren van instellingen en zorgaanbieders belooft doelmatig handelen en kwaliteitsverbetering onvoldoende. De zware regulering en inflexibiliteit in het huidige stelsel remmen bovendien de creativiteit. Instellingen lijken zich vanwege de gedetailleerde regelgeving meer te richten op het voldoen aan de eisen uit «Den Haag» dan op het leveren van optimale dienstverlening aan de zorgconsumenten. Verzekeraars kunnen door gebrek aan concurrentie en zicht op prestaties weinig tegenwicht bieden aan aanbieders van zorg.

Het na oorlogse primaat van de overheid heeft er dus toe bijgedragen dat er onvoldoende prikkels zijn voor doelmatigheid. Dit gebrek aan efficiency knelt sinds de jaren tachtig steeds meer, onder andere door de toenemende kosten van de medische technologie, druk uit de samenleving om het zorgpakket uit te breiden en de gevolgen van de vergrijzing. In de ouder wordende samenleving moeten relatief steeds minder mensen de zorg betalen voor een groeiende groep dure patiënten.

Het is duidelijk dat de Europese zorgstelsels onder zware druk staan en dat de vergrijzing die druk in de komende jaren nog verder zal opvoeren. In vergelijking met onze Europese partners is Nederland overigens nog een betrekkelijk jong land, waar de echte vergrijzing nog moet beginnen. Een omslagjaar in dit verband is 2010 als de na oorlogse geboortegolf de leeftijd van 65 jaar bereikt.

	Totaal	65+		75+		85+	
	Aantal in mln pers	Aantal in mln pers	% vh totaal	Aantal in mln pers	% vh totaal	Aantal in mln pers	% vh totaal
2003	16,20	2,22	14%	1,00	6%	0,23	1%
2010	16,67	2,49	15%	1,11	7%	0,29	2%
2020	17,21	3,19	19%	1,30	8%	0,32	2%
2030	17,61	3,82	22%	1,75	10%	0,40	2%
2040	17,71	4,13	23%	2,06	12%	0,55	3%

2.2.a De Raad adviseert de kostengevolgen van de hierboven genoemde ontwikkelingen bij ongewijzigd beleid te prognosticeren en daarbij in het bijzonder aandacht te besteden aan de ontwikkeling van de zorgquote. In de periode 1998–2002 is het aandeel van de zorgkosten in het Bruto Binnenlands Product sterk toegenomen, sterker dan in andere Europese landen. Dit heeft geresulteerd in een zorgquote ultimo 2003 van circa 9,7%. Langetermijnverkenningen van de Sociaal Economische Raad (SER), het Centraal Planbureau (CPB) en de Studiegroep begrotingsruimte geven aan dat Nederland er zich op moet voorbereiden dat deze quote als gevolg van de genoemde ontwikkelingen kan oplopen naar 13 à 15% in 2040. Deze kostenstijging wordt niet alleen door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) veroorzaakt, ook de uitgaven aan curatieve zorg nemen toe naar mate meer mensen ouder worden. Het is daarom onvermijdelijk dat Nederland, net als vrijwel alle Europese landen, maatregelen neemt om de zorgsector beter te beheersen. Dat is niet een kwestie van louter bezuinigen. Voor een deel zal de oplopende zorgquote immers onvermijdelijk zijn. Maar juist ook daarom is er het kabinet alles aan gelegen om te zorgen dat het zorgstelsel met de beschikbare middelen optimaal kan presteren. Een grotere individuele verantwoordelijkheid voor de hoofdrolspelers in de zorg is daarvoor een noodzakelijke voorwaarde. De cliënt dient een kritische zorgconsument te worden die aangemoedigd wordt om verantwoorde keuzes te maken. Verzekeraars moeten op prijs, service en kwaliteit gaan concurreren en zorgaanbieders moeten meer geprikkeld worden om doelmatig zorg te leveren. De overheid behoudt in de visie van het kabinet een belangrijke rol in het waarborgen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Maar de fundamenten van ons stelsel moeten worden vernieuwd door de verantwoordelijkheden zo dicht mogelijk te leggen bij de mensen en instituties waar het om gaat.

2.2.b In het licht van het voorgaande acht het kabinet het derhalve noodzakelijk om – juist na 30 jaar discussie zoals de Raad stelt – nu de noodzakelijke stelselwijziging in de zorg ter hand te nemen.

De Raad wijst erop dat ook andere oplossingen denkbaar zijn voor een betere beheersing van de kosten, namelijk pakketverkleining en hogere verplichte eigen betalingen. Naar de opvatting van het kabinet is evenwel geen sprake van een keuze tussen hetzij verdere pakketbeperkingen en verhoging van eigen betalingen enerzijds, of herstructurering van het verzekeringsstelsel anderzijds. Daarom heeft het kabinet gekozen voor een combinatie van oplossingen (én een nieuw verzekeringsstelsel én gebruik maken van beheersmaatregelen). Voor een kwalitatief hoogwaardige bereikbare en betaalbare gezondheidszorg in de toekomst moeten korte- en langetermijnmaatregelen hand in hand gaan. Ik wijs in dit verband op de forse pakketmaatregelen die reeds zijn getroffen, en op het wetsvoorstel voor een verplichte no-claimteruggaaf dat bij de Tweede Kamer is ingediend¹. Maar met deze beheersmaatregelen kan naar de mening van het kabinet niet worden volstaan.

De Raad adviseert toe te lichten waarom met de omschrijving voor de afbakening van het pakket is aangesloten bij de criteria van de Commissie-Dunning en wat de consequenties hiervan zijn. Het algemeen deel van de toelichting is op deze door de Raad genoemde aspecten aangevuld. Naar aanleiding van het advies van de Raad om te toetsen of het voorgeschreven pakket voldoet aan deze criteria, merk ik op dat de criteria van de Commissie-Dunning ook in de afgelopen jaren reeds zijn toegepast bij zowel toetsing van nieuwe behandelingen als verwijdering en beperking van

¹ Kamerstukken II 2003/04, 29 483.

verstrekkingen uit het pakket. Ik ben van mening dat, gelet op de overwegingen die de Raad aangeeft, een voortdurende toetsing van het pakket geboden is. Het is bij uitstek de taak van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om het pakket te beoordelen in het kader van het aan het CVZ op te dragen pakketbeheer. Vanzelfsprekend is het de taak van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om te besluiten over de omvang van het pakket. De wetteksten en de artikelsgewijze toelichting zijn aangepast om de taak van pakketbeheerder van het CVZ duidelijker tot uitdrukking te brengen.

2.2.c Het kabinet neemt met belangstelling kennis van de aanbeveling van de Raad te overwegen het niveau van de eigen betalingen van verzekerden te verhogen naar een niveau dat in een aantal Europese landen al gebruikelijk is. Met de introductie van de no-claimteruggaveregeling, stijgt het aandeel van de «financiële eigen verantwoordelijkheid» van circa 6,5% naar 9% van de collectief verzekerde zorguitgaven in Nederland. Hiermee zet Nederland een stap op weg naar in andere Europese lidstaten gebruikelijke niveaus van eigen bijdragen. Bij deze stap zijn de, ook door de Raad genoemde, positieve effecten van medeverantwoordelijkheid en kostenbewustzijn afgewogen tegen de mogelijke nadelige effecten van een verplichte eigen betalingsregeling. De belangrijkste argumenten voor de no-claimteruggaveregeling zijn geweest het vermijden van een liquiditeitsdrempel bij de verzekerden en de relatief geringe administratieve lasten. Een liquiditeitsdrempel, zoals bij de eigen bijdrage en het eigen risico, kan mensen ervan weerhouden zorg in te roepen die ze op dat moment nodig hebben. Men zou kunnen zeggen dat er van de no-claimteruggaveregeling een positieve prikkel tot zuinig zorggebruik uitgaat in plaats van een negatieve prikkel, zoals bij het eigen risico en de eigen bijdrage. Dat dit wellicht enigszins ten koste gaat van de effectiviteit van de prikkel, weegt volgens het kabinet minder zwaar dan het positieve effect op een gelijke toegang tot noodzakelijke gezondheidszorg voor iedereen. Die gelijke toegang is er ook voor mensen met een gezonde en een ongezonde leefstijl. Vanuit de notie van de Raad dat een belangrijk deel van de gezondheidszorgkosten wordt veroorzaakt door een ongezonde leefwijze lijkt een vorm van «gezond-gedrag-polis» aantrekkelijke kanten te hebben. Daartegenover staan nadelen in de sfeer van arbitraire casuïstiek en de daaruit voortvloeiende uitvoerings- en handhavingsproblematiek. Ik verwacht dat verzekeraars zich in aansluiting op de positieve prikkel die van de no-claimteruggaveregeling uitgaat, zullen inspannen om hun verzekerden te stimuleren tot een gezonde leefwijze en hen daarbij zo nodig te begeleiden.

2.3 Terecht stelt de Raad vast dat er bij een zorgverzekering altijd sprake zal zijn van een mix van private en publieke elementen. Niettemin stelt de Raad dat met het wetsvoorstel het bestaande verbrokkelde en hybride systeem in feite wordt ingeruild voor een ander, niet minder hybride systeem en adviseert in de toelichting dieper op het waarom van de gemaakte keuze in te gaan. Het kabinet geeft de voorkeur aan een privaatrechtelijke vorm van de wettelijke zorgverzekering met sterke publieke waarborgen om de gewenste combinatie mogelijk te maken van sociale waarborgen enerzijds en ruimte en prikkels voor eigen verantwoordelijkheid, keuzevrijheid en concurrentie anderzijds. Het kabinet wijst er bovendien op dat het stelsel wel minder onoverzichtelijk en verbrokkeld wordt en mede daardoor in staat zal zijn betere prestaties te genereren.

Het sociale karakter van de zorgverzekering, die verplicht is voor de gehele bevolking, krijgt door verschillende bepalingen inhoud. De risicosolidariteit en toegankelijkheid van de zorgverzekering liggen vast in de plicht voor zorgverzekeraars om alle Nederlandse ingezetenen als verzekerden te accepteren voor een door de overheid vastgesteld basispakket. Daarbij geldt een verbod op verschil in premie op grond van aan de persoon gerelateerde factoren. Er komt een risicovereveningssysteem, dat verzekeraars compenseert voor verschillen in risicoprofielen. De inkomenssolidariteit krijgt vorm door het invoeren van een loongereleerde werkgeversbijdrage en een aparte wettelijke zorgtoeslag. Er is een wettelijke zorgplicht voor zorgverzekeraars die hen dwingt actief voor hun verzekerden op te treden.

Het samenbrengen van particuliere verzekeringen en ziekenfondsen bevordert de concurrentie doordat het de zorgverzekeringsmarkt voor verzekerden inzichtelijker maakt en homogener omdat alle verzekeraars zich aan dezelfde spelregels moeten houden. Het verzekerde pakket is transparant en verze-

kerden kunnen jaarlijks overstappen naar een andere verzekeraar. Dit vergroot de concurrentie tussen zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars lopen risico over het uitvoeren van de verzekering, dat wil zeggen: over de activiteiten die zij ontplooiën ten behoeve van hun verzekerden. Zij mogen daarbij aan derden uitkeerbare winst maken. Zorgverzekeraars worden in die rol ondersteund doordat ze meer ruimte krijgen om de verzekeringsprestaties vorm te geven. De aanspraken zijn niet langer gekoppeld aan bepaalde zorgaanbieders, maar ruimer omschreven. Ook kunnen zorgverzekeraars naast een «naturapolis» een «restitutiepolis» of een mengvorm van beide aanbieden. Deze ruimte voor zorgverzekeraars vergroot de mogelijkheden tot het bieden van maatwerk aan verzekerden.

De wet doet een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerden via de premieheffing die voor een substantieel deel (50%) nominaal is. Daarnaast zal de per 1 januari 2005 voorziene no-claimteruggaveregeling in de Ziekenfondswet (Zfw) als vorm van een verplicht eigen-betalingsstelsel worden voortgezet onder de Zorgverzekeringswet. Verder wordt verzekeringsplichtigen de mogelijkheid geboden te kiezen uit een aantal verzekeringsmodellen en voor een vrijwillig eigen risico.

De constatering van de Raad is juist dat zowel het bestaande als het voorgestelde verzekeringsstelsel hybride kunnen worden genoemd in de zin dat ze zowel publieke als private elementen bevatten. Essentieel verschil tussen beide situaties is ten eerste dat het bestaande systeem – in tegenstelling tot het nieuwe systeem – behalve hybride ook verbrokkeld is, in de zin dat verschillende verzekeringsarrangementen, met verschillende en soms tegengestelde prikkels naast elkaar bestaan. Zo wordt in de particuliere verzekering risico-selectie beloond, terwijl deze in de ziekenfondsverzekering wordt uitgesloten. Ook zijn er verschillen in overstapmogelijkheden en in verantwoordelijkheden jegens de verzekerden. Het kabinet acht het bestaan van deze verschillen prohibitief voor een gezonde en volwaardige ontwikkeling van zowel de zorgverzekerings- als de zorginkoopmarkt. De verschillen en marktperfectionen op het vlak van acceptatie, keuzemogelijkheden, eigen verantwoordelijkheid en financiering belemmeren de keuzevrijheid en mobiliteit van verzekerden, waardoor zorgverzekeraars onvoldoende worden aangespoord zich in te spannen als contractpartij van zorgaanbieders. Dientengevolge blijft het gezondheidszorgstelsel in hoge mate een zaak van centrale aanbodregulering en tariefstelling door de overheid. De in de visie van het kabinet noodzakelijke versterking van marktprikkels en van een evenwichtig systeem van *checks & balances* in de betrekkingen tussen de hoofdrolspelers in de zorg vergt dat er een homogene markt is voor verzekeraars, in die zin dat alle verzekeraars aan dezelfde spelregels zijn onderworpen, zowel jegens hun verzekerden als jegens de zorgaanbieders en de overheid. Het wetsvoorstel voorziet in het creëren van zo'n markt en is daarmee dienstbaar aan een veel ruimere doelstelling dan het oplossen of mitigeren van «overgangsproblemen» tussen ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering. Alhoewel het nieuwe verzekeringsstelsel dus ook private en publieke kenmerken combineert, wint het ten opzichte van het huidige stelsel duidelijk aan transparantie en homogeniteit.

Een tweede verschil met de huidige situatie is dat de private elementen in het voorgestelde systeem een zwaarder accent krijgen. Dat komt voornamelijk tot uitdrukking in het gegeven dat de verzekering tot stand komt op basis van privaatrechtelijke overeenkomsten en niet van rechtswege. Gegeven de wenselijkheid van het ontstaan van één wettelijk verzekeringsregime, ben ik van oordeel dat de publieke belangen van toegankelijkheid en solidariteit zowel in een publiekrechtelijke als in een privaatrechtelijke verzekering duurzaam geborgd kunnen worden. Ook qua dienstbaarheid aan de doelstellingen van doelmatigheid en kwaliteit behoeven beide varianten elkaar weinig te ontlopen. Alles overwegende, gaat mijn voorkeur uit naar een privaatrechtelijke vormgeving van de wettelijke zorgverzekering met sterke publieke waarborgen. Ik ben van oordeel dat de gewenste helderheid van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid, burgers en zorgverzekeraars langs die weg het beste tot haar recht komt. Ik acht een dergelijke vormgeving ook verantwoord omdat daarmee de prikkels voor ondernemerschap, zoals winstbejag en een risicodragende uitvoering, kunnen samengaan met een stevige wettelijke verankering van sociale randvoorwaarden zoals acceptatie-

plicht en het verbod op premiedifferentiatie naar persoonlijke kenmerken. In de voorgestelde vormgeving kunnen de sociale traditie van het ziekenfonds en de markttraditie van de particuliere verzekering worden samengebracht en ontstaat een stelsel waarin zowel ziekenfondsen als particuliere verzekeraars zich kunnen herkennen en waarin zij hun verantwoordelijkheden zullen kunnen waarmaken. De in deze vormgeving van toepassing zijnde vereisten van noodzakelijkheid en proportionaliteit kunnen er toe bijdragen dat er in dit stelsel niet sluipenderwijs een situatie van «bureaucratische simulatie van marktwerking» ontstaat.

Het is naar het oordeel van de Raad allerm minst zeker dat het voorgestelde stelsel minder administratieve lasten zal kennen dan het bestaande stelsel. Zoals in het algemeen deel van de toelichting is aangegeven is het kabinet wel degelijk van mening dat het nieuwe verzekeringsstelsel ten opzichte van het huidige verzekeringsstelsel uitzicht biedt op vermindering van de administratieve lasten. Niet alleen de verschuiving van een publiekrechtelijk zorgstelsel met privaatrechtelijke elementen naar een privaatrechtelijk stelsel met publieke waarborgen levert een vermindering van de administratieve lasten op. Ook de verschuiving van sturing van het administratieve proces en daarop gerichte informatie naar verantwoording over behaalde resultaten, zoals in het voorliggende wetsvoorstel voorzien, levert een besparing van de administratieve lasten op. Vooral op de onderdelen toezicht/verantwoording en verzekerdenadministratie vinden besparingen plaats.

Over de haalbaarheid van de totstandkoming van de verzekering voor geneeskundige zorg, tegen de achtergrond van eerdere pogingen daartoe, merk ik het volgende op. In het voorgaande is aangegeven dat het kabinet de noodzaak voor samensmelting van de verschillende verzekeringsregimes nog even groot acht als ten tijde van het advies van de Commissie-Dekker in 1987. Bovendien zijn de condities voor het tot stand brengen van die uniformering naar het oordeel van het kabinet nu aanzienlijk beter dan zeventien jaar geleden, omdat inmiddels een groot deel van de toenmalige voorstellen is gerealiseerd. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars zijn de afgelopen jaren in bedrijfseconomisch opzicht en klant oriëntatie sterk naar elkaar toegegroeid. Ziekenfondsen hebben de afgelopen jaren stapsgewijs meer aan de tucht van de markt kunnen wennen, terwijl omgekeerd particuliere verzekeraars geen risico meer lopen over groepen die onder het acceptatieregime van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) vallen (15% van de particulier verzekerden). Het samenbrengen van de verschillende regimes is dan ook eerder een logische vervolgstap in een proces dat reeds lang aan de gang is, dan een radicale breuk met het verleden. Verwacht mag worden dat de voorgestelde privaatrechtelijke uitvoering door particuliere verzekeraars, gecombineerd met deugdelijke sociale waarborgen, op een groter maatschappelijk draagvlak zal kunnen rekenen dan het model van de volksverzekering waarvan sprake was bij eerdere pogingen om tot één verzekering voor curatieve zorg te komen.

Het kabinet constateert daarenboven dat de politiek en maatschappelijk gevoelde urgentie van een herziening van het zorg- en verzekeringsstelsel de laatste jaren aanzienlijk is toegenomen, en dat de hoofdlijnen van de vernieuwing van het zorgstelsel op een breed politiek draagvlak steunen.

In reactie op aanbevelingen van de Raad om nauwgezette analyses en weloverwogen keuzes te maken, zij opgemerkt dat het kabinet bij de voorbereidingen voor deze herziening bepaald niet over één nacht ijs is gegaan. Zoals vastgelegd in het regeerakkoord, vindt de vernieuwing van het zorgstelsel plaats binnen de contouren die door de twee voorgaande kabinetten zijn aangegeven. De voorstellen van het kabinet komen dan ook in grote lijnen overeen met die uit de kabinetsnota Vraag aan bod uit 2001¹, waaraan een groot aantal adviezen ten grondslag heeft gelegen. De verschillende adviezen kennen een grote mate van overeenstemming, niet alleen over de gewenste basiskarakteristieken van het zorgstelsel, ook over vormgeving en inhoud van de tot stand te brengen verzekering. In zijn jaarverslag over 2003 heeft de SER aangegeven dat de kabinetsvoorstellen in grote lijnen aansluiten bij zijn advies over het stelsel van ziektekostenverzekeringen², en dat het kabinet de door de SER voorgestelde keuze volgt voor een privaatrechtelijke verzekering die

¹ Vraag aan bod, hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Kamerstukken II, 2000/01, 27 855, nrs. 1 en 2.

² SER, Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen, december 2000.

enerzijds ruimte geeft voor ondernemerschap en anderzijds het sociale karakter van de verzekering stevig verankert. In dit verband past naar mijn mening ook enige relativisering bij de opmerking van de Raad dat het wetsvoorstel meer moet worden onderbouwd omdat er zowel in Nederland als in het buitenland nog geen praktijkervaring is opgedaan met de voorgestelde mix van publieke en private elementen. In de eerste plaats is het voorgestane model voor Nederland veeleer te kenschetsen als een logische vervolgstap op een sinds meer dan tien jaar in gang gezette ontwikkeling dan als een rigoureuze verandering. Daarnaast is er geen land dat als een stabiel en eenduidig referentiekader kan dienen voor welke vormgeving dan ook, omdat vrijwel alle met Nederland vergelijkbare landen op zoek zijn naar een nieuw evenwicht tussen private en publieke elementen in hun gezondheidszorgstelsel¹. Wat ons buurland Duitsland betreft, merk ik op dat de laatste 10 jaar de marktwerking in de wettelijke ziektekostenverzekering sterk is uitgebreid. In Duitsland vindt thans ook discussie plaats of een toekomstige *Bürgerversicherung* een publiekrechtelijk of een privaatrechtelijk karakter moet krijgen. Zwitserland kent sinds 1995 een stelsel van wettelijke ziektekostenverzekering dat op privaatrechtelijke grondslag wordt uitgevoerd door ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. Het stelsel kent een verzekeringsplicht en een acceptatieplicht. Voorts verdient vermelding de Health Insurance Act die Ierland sinds 1994 kent. Die wet stelt regels voor de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt ten behoeve van burgers die geen toegang hebben tot (bepaalde voorzieningen van) de nationale gezondheidsdienst. De Health Insurance Act gaat uit van de uitgangspunten: *open enrolment, lifetime cover, community rating*. Alle op de Ierse ziektekostenverzekeringsmarkt opererende verzekeraars moeten voldoen aan de in het publiek belang gestelde voorschriften ingevolge die wet. Ook het «health project» van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) heeft duidelijk gemaakt dat diverse landen op de een of andere manier bezig zijn met het herzien van hun zorgstelsel. De OESO concludeert in haar rapport² overigens dat er geen ideaal systeem is met betrekking tot de organisatie van het zorgstelsel omdat ieder land zijn eigen afweging maakt vanwege verschillende tradities en instituties. Er is dus geen «one size fits all» aanpak om de prestaties van het zorgstelsel te verbeteren.

Tot slot van dit onderdeel van dit rapport merk ik op dat de invoering van de Zorgverzekeringswet in uitvoeringstechnische zin weliswaar een operatie is van aanzienlijke omvang en complexiteit, maar dat er bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet geen sprake is van een ingrijpende omwenteling. Er wordt per 1 januari 2006 voor iedereen weliswaar een basisverzekering ingevoerd, deze heeft echter nagenoeg dezelfde dekking als de huidige ziekenfondsverzekering en de meeste particuliere polissen.

Het algemeen deel van de toelichting is aangevuld ten einde het bovengestelde daar waar nodig duidelijker tot uitdrukking te brengen.

3. Marktverhoudingen

3.1. Onderscheiden relaties

Het wetsvoorstel beoogt de centrale overheidssturing voor een belangrijk deel in te ruilen voor gereguleerde concurrentie waarbij het voorziet in prikkels om tot een doelmatige uitvoering van de zorgverzekering te komen. Concurrentie kan evenwel alleen ontstaan wanneer de positie van marktpartijen daartoe dwingt. De Raad mist in de toelichting een analyse van de (markt)positie van de verschillende partijen. Er is niet één markt, maar er zijn twee «markten» (de «zorgmarkt» en de «verzekeringsmarkt»), waarop drie categorieën partijen opereren. De Raad vraagt aandacht voor de nieuwe verhouding waarin die drie partijen (verzekerden, verzekeraars en aanbieders van zorg) met dit wetsvoorstel worden geplaatst. Kunnen op die markten de voorwaarden worden vervuld die in de analyse van het CPB³ voor marktwerking worden geformuleerd: lage toetredingsdrempels, transparantie wat betreft prijzen en kwaliteit van zorg en het tegengaan van gedrag dat beoogt mededinging te beperken? En als dan onder deze voorwaarden concurrentie totstandkomt, kan dan effectief voorkomen worden dat deze leidt tot risicoselectie, kwaliteitsverlies of onnodige kostenstijgingen?

¹ Zie bijv. Klaus-Derk Henke and Jonas Schreyögg, *Towards sustainable health care systems, Strategies in health insurance schemes in France, Germany, Japan and the Netherlands, a comparative study*, International Social Security Association, Geneva, 2004.

² OESO, *Towards high performing health systems, final report on the OECD Health project*, Parijs, april 2004.

³ Centraal Planbureau. *Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel*. Januari 2003.

Naar het oordeel van de Raad moet betwijfeld worden of de marktwerking zich naar redelijke verwachting ook werkelijk zal voordoen gelet alleen al op de aanzienlijke publieke financiering en de ingrijpende publiekrechtelijke randvoorwaarden. Het risico bestaat dat de zorgverzekeringsmarkt in sterke mate een kunstmatig karakter krijgt. Het voorstel wekt op een aantal plaatsen de indruk van wat genoemd zou kunnen worden een «bureaucratische simulatie van marktwerking».

De Raad spitst de vraag naar de reële kansen voor marktwerking toe op de drie relaties die met dit wetsvoorstel in het geding zijn:

- a. de relatie van de verzekerde tot zijn verzekeraar;*
- b. de relatie van de verzekeraar tot de aanbieders van zorg;*
- c. de relatie van de verzekerde tot de aanbieder van zorg.*

Ad a) Verzekerde–verzekeraar

a.1. De verzekerde zal alleen dan een reële keuze kunnen maken wanneer er voldoende verzekeraars zijn, die om zijn gunst dingen. Goede marktwerking is bovendien gebaat bij lage toetredingsdrempels voor nieuwe toetreders. Hieromtrent kunnen twijfels bestaan nu (terecht) aan zeer zware eisen (bijvoorbeeld met betrekking tot solvabiliteit) moet worden voldaan om in Nederland te kunnen opereren als zorgverzekeraar. Gelet op het beperkte aantal zorgverzekeraars op de Nederlandse markt is daarom vooral de toegang van buitenlandse concurrenten tot de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt van belang. Er zijn gerede twijfels of deze toegankelijkheid in de praktijk zal bestaan. De toelichting biedt geen inzicht. Het wetsvoorstel bevat geen formele belemmeringen voor het optreden van buitenlandse verzekeraars en aanbieders op de Nederlandse markt, maar wel voorstellen waarvan materieel belemmeringen kunnen uitgaan voor een daadwerkelijke toetreding. In dit verband wijst de Raad op bepalingen inzake het werkgebied van zorgverzekeraars, het niet geheel afschaffen van de contracteerplicht en de voorgeschreven bepalingen inzake de premiestelling. Bovendien is ongewis hoe de voorgestelde financieringsstructuur uitwerkt op buitenlandse verzekeraars en aanbieders van zorg die in het buitenland onder geheel andere bekostigingsregimes vallen dan het voorgestelde bekostigings- en financieringssysteem. Naast het effect op het feitelijk kunnen concurreren zijn deze vragen evenzeer relevant voor de toets aan het Europese recht (zie paragraaf 4).

De Raad adviseert om aan deze positie van zorgverzekeraars aandacht te besteden, gezien de cruciale rol die zij spelen in het wetsvoorstel.

a.2. Indien er inderdaad voldoende (ook internationaal) aanbod van met elkaar concurrerende verzekeraars is, dan rijst de vraag of de verzekerde vervolgens in staat is daaruit werkelijk een weloverwogen keuze te maken. In de toelichting wordt gewag gemaakt van de noodzaak van transparantie in het verzekeringsstelsel. Er is evenwel een spanning tussen de vrijheid die verzekeraars in het nieuwe stelsel wordt gegund en een noodzakelijke standaardisering in de polissen die worden aangeboden, zodat de verzekerde werkelijk een vergelijkend inzicht kan krijgen in wat er zoal wordt aangeboden waaruit hij kan kiezen, inclusief een inzicht in de risico's die horen bij de verschillende polissen. De toelichting maakt melding van contacten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de Consumentenbond inzake het ontwikkelen van een «Report Card Verzekeraars»¹. De Raad acht transparantie cruciaal en stelt vast dat concrete vorderingen op dit punt noodzakelijk zijn alvorens het nieuwe systeem van start kan gaan, omdat pas dan verwacht kan worden dat verzekerden in staat zijn een weloverwogen keuze te maken.

Overigens zullen er ook dan nog personen zijn, die eenvoudig niet in staat zijn zorgvuldig kennis te nemen van de verschillende mogelijkheden om vervolgens een weloverwogen keuze te maken. Er is een aanzienlijke groep personen in ons land, die aangeduid kan worden als «functioneel analfabeet»². Deze personen handelen niet overeenkomstig een model dat uitgaat van, dan wel gericht is op «ideale marktpartijen». De «homines economici» die zich rationeel op de markt bewegen en tevens als competente burgers tegen de stroom van formulieren zijn opgewassen, blijken minder talrijk dan vaak

¹ Memorie van toelichting, Hoofdstuk I, onder meer keuzevrijheid en verantwoordelijkheid voor de verzekerde.

² Brief van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen aan de voorzitter van de Tweede Kamer, nr. BVE/KenO/2002/36955, d.d. 4 november 2002.

verondersteld¹. Dat heeft niet alleen een weerslag op de eigen positie van de verzekerde, maar ook op de werking van de markt. De toelichting gaat hier niet op in.

De Raad adviseert aan te geven hoe en op welke termijn kan worden voorzien in de noodzakelijke transparantie van polisvoorwaarden. Bovendien dient naar het oordeel van de Raad het wetsvoorstel ook acht te slaan op de positie van diegenen, die niet in staat zijn zelf op basis van transparante informatie, tot een weloverwogen afweging te komen.

a.3. Ook kostenbewustzijn bij de verzekerde is van grote betekenis om doelmatig gebruik van zorgvoorzieningen aan te moedigen. Het nadeel van verstrekkingen in natura is dat de verzekerde elk zicht op de kosten van de behandeling die hij heeft ondergaan wordt onthouden. De vraag rijst of is overwogen bij de thans voorgestelde omvangrijke stelselwijziging geheel op een restitutiestelsel over te gaan, zodat de verzekerde steeds inzicht krijgt in de kosten van zorg waarop hij aanspraak heeft gemaakt. Ook bij restitutie-systemen zijn modaliteiten voorstelbaar waarbij de verzekerden zien wat de behandeling heeft gekost, zonder dat hij ook zelf daadwerkelijk eerst alle kosten zelf zal moeten voldoen alvorens restitutie plaatsvindt. De Raad adviseert in de toelichting hierop in te gaan.

ad b) Verzekeraar-zorgaanbieder

b.1. Er is aanleiding te verwachten dat er (in delen van ons land) onvoldoende aanbieders van zorg zullen zijn waaruit de verzekeraars en verzekerden daadwerkelijk kunnen kiezen op grond van verschillen in prijs-kwaliteit-verhouding van het aanbod aan zorg. Het is niet aannemelijk dat op afzienbare termijn buitenlands aanbod over een brede linie hierin zal kunnen gaan voorzien.

De Raad adviseert op dit aspect in te gaan gezien de beoogde werking van het stelsel.

b.2. In dit verband is van belang de ontwikkeling ten aanzien van de bouw en exploitatie van zorginstellingen. Effectieve marktwerking in de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vereist dat zorgaanbieders, net als zorgverzekeraars, op winst gerichte ondernemingen kunnen zijn. De huidige wetgeving verbiedt dat. Ook vereist marktwerking dat particuliere initiatieven (privé-klinieken) mogelijk zijn en dat buitenlandse zorgaanbieders effectief op de Nederlandse zorgaanbiedersmarkt kunnen toetreden door middel van het aanbieden van diensten vanuit het buitenland of door middel van vaste inrichtingen.

De Raad adviseert de positie van aanbieders nader in beschouwing te nemen.

b.3. Artikel 12, derde lid, regelt de omgekeerde contracteerplicht. Dit betekent dat als een zorgaanbieder eenmaal met een zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten voor bij algemene maatregel van bestuur aangewezen vormen van zorg, hij verplicht is een gelijke overeenkomst met andere zorgverzekeraars af te sluiten als deze daarom vragen. Als er in de eerste overeenkomst eenmaal een bepaalde prijs-kwaliteit afspraak is overeengekomen, dan geldt deze, zo leest de Raad de wettekst, voor iedere volgende verzekeraar.

De Raad wijst in dit verband op het volgende. Artikel 12 opent de mogelijkheid om in het nieuwe stelsel op onderdelen alsnog terug te vallen op de thans geldende contracteerplicht voor aan te wijzen vormen van zorg, wanneer overwegingen van publiek belang daartoe dwingen. Het voorstel beperkt zich evenwel tot de zorgvoorziening en heeft geen betrekking op de daarbij behorende prijs. Daardoor kan het publieke belang, dat de aanleiding is voor dit artikel 12, in het gedrang komen.

De Raad adviseert deze aanwijzingsbevoegdheid ook betrekking te laten hebben op de prijs van de zorgvoorzieningen en in die zin, voor die gevallen waarvoor artikel 12 is bedoeld, de bestaande contracteerplicht consequent te handhaven.

Verder is de Raad van oordeel dat de uitzondering die artikel 12, vierde lid, op de (omgekeerde) contracteerplicht mogelijk maakt, dermate ruim is geformuleerd², dat hiermee het hele artikel 12 kan worden uitgehold.

¹ Raad van State, Jaarverslag 2003, blz. 23..

² Artikel 12, vierde lid, bepaalt dat als de zorgverzekeraar respectievelijk instelling ernstige bezwaren heeft tegen het sluiten van een overeenkomst met de instelling respectievelijk zorgverzekeraar die om die overeenkomst vraagt, de (omgekeerde) contracteerplicht niet geldt.

De Raad adviseert deze bepaling te heroverwegen dan wel minder ruim te formuleren.

b.4. Blijkens de artikelen 12, eerste lid, en 13, eerste lid, wordt het mogelijk dat zorgaanbieders in dienst zijn van een zorgverzekeraar. Het is de Raad niet duidelijk of het voorstel beoogt de nevenactiviteiten van zorgverzekeraars hiertoe te beperken, of dat zij bijvoorbeeld ook zelf een infrastructuur voor zorg kunnen opzetten waarvan de gecontracteerde aanbieders en verzekerden verplicht gebruik moeten maken.

In ieder geval zijn naar het oordeel van de Raad dergelijke concentraties van activiteiten riskant in het licht van het mededingingsrecht. Ook staat dit voorstel op gespannen voet met artikel 64 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993), dat bepaalt dat een verzekeraar met zetel in Nederland geen ander bedrijf dan hetzij het schadeverzekeringsbedrijf hetzij het levensverzekeringsbedrijf mag uitoefenen.

De Raad adviseert het voorstel op dit punt te heroverwegen.

Ad c) Verzekerde-zorgaanbieder

Het nieuwe stelsel is erop gericht dat de verzekeraar, ten behoeve van en in zekere zin namens de verzekerde, onderhandelt met de zorgaanbieders over de beste kwaliteit van zorg tegen de laagste prijs. Van directe marktwerking tussen de twee voornaamste partijen op de «zorgmarkt» is daarom geen sprake. Integendeel de verzekerden zullen in het voorgestelde stelsel niet meer overal terecht kunnen, afhankelijk als zij zijn van de aanbieders waarmee hun verzekeraar een contract heeft afgesloten. Het voorgestelde systeem voorziet er weliswaar in dat de verzekerden zich desgewenst – tegen een hogere prijs – ook voor een pakket kunnen verzekeren waarbij zij wel zelf kunnen kiezen uit het aanwezige aanbod, maar de meeste verzekerden zullen naar verwachting een dergelijk contract niet afsluiten.

De Raad heeft twee meer fundamentele opmerkingen bij dit onderdeel van het stelsel.

c.1. Uiteindelijk draait het in de gezondheidszorg niet om partijen op een (economische) markt, maar om de verhouding tussen de arts en de patiënt, waarin medische professionaliteit (de juiste behandeling op het juiste moment voor de individuele patiënt) en onderling vertrouwen (tussen die individuele patiënt en de arts) de essentiële kenmerken zijn. De vrijheid in de keuze van de arts en bij verwijzing naar de specialist zijn in die verhouding belangrijk. Die vrijheid is in het voorgestelde stelsel niet meer gegarandeerd. Verzekerden zijn wel vrij in de keuze van hun verzekeraar en het verzekeringsmodel (zorg in natura, op restitutiebasis, dan wel een mengvorm van beide). Als een verzekerde eenmaal gekozen heeft voor een model waarin overwegend zorg in natura wordt verstrekt, is hij echter aangewezen op en is zijn keuzevrijheid beperkt tot de aanbieders die zijn verzekeraar gecontracteerd heeft. Dit betekent concreet een inperking van de keuzevrijheid en het recht op vrije artskeuze van de verzekerde. Tevens betekent dit dat een verwijzer, zoals de huisarts, beperkt kan zijn in de verwijzingsmogelijkheden die hij heeft. De Raad adviseert aan te geven hoe de ruimte voor de medische professionaliteit en voor een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt in het nieuwe stelsel zullen worden gewaarborgd en hoe voorkomen wordt dat «de logica van de markt en van de bureaucratie de logica van de professionals» nog meer gaan domineren.

c.2. Het voorgestelde systeem kan werken bij voorzienbare en inroosterbare zorg. Het is echter niet duidelijk wat er gebeurt in situaties waarin een verzekerde onmiddellijk en in de directe nabijheid medische zorg nodig heeft, maar zijn verzekeraar niet met aanbieders in die omgeving heeft gecontracteerd.

De Raad adviseert in te gaan op de effecten van het voorgestelde systeem op de onderscheiden vormen van zorg.

3.2. Gefaseerde invoering

De toelichting noemt op enkele plaatsen het voornemen de gereguleerde marktwerking gefaseerd in te voeren. Een en ander is mede afhankelijk van de ontwikkeling van de zogenaamde diagnose-behandelcombinaties (het

dbc-systeem) alsmede van de situatie op de verschillende deelmarkten van het zorgaanbod.

De Raad onderkent het belang van een gefaseerde aanpak, zeker nu de introductie van het nieuwe stelsel met zoveel onzekerheden en ook risico's is omgeven. Uit de toelichting wordt evenwel niet duidelijk op welke wijze de regering voornemens is uitvoering te geven aan deze fasering. Voorstelbaar is een aanpak waarbij, rekening houdend met de onvolkomenheden in marktverhoudingen tussen de partijen, ervaring wordt opgedaan met de feitelijke situatie op deelmarkten. Op basis van die feitelijke ervaringen kan vervolgens worden bijgestuurd, ook in de zin van het zo nodig voorzien in aanvullende voorwaarden. Vervolgens kan de feitelijke fasering van de invoering daarop worden afgestemd.

De Raad adviseert aan te geven hoe het invoeringstraject wordt vorm gegeven.

3.3. Conclusie ten aanzien van de marktverhoudingen

Inzake de (markt)verhoudingen tussen verzekerde, verzekeraar en aanbieder van zorg concludeert de Raad dat het voorgestelde systeem zoals het in de toelichting is beschreven in theorie aantrekkelijke kanten bevat door de combinatie van sociale randvoorwaarden met een efficiënt werkend zorgstelsel. Er zijn naar het oordeel van de Raad echter ernstige twijfels of gegeven de huidige nationale en internationale positie van verzekeraars, aanbieders en verzekerden dit stelsel in de praktijk kan functioneren zoals wordt beoogd. Er is een reëel gevaar voor monopolie- en oligopolievorming van een aantal verzekeraars, ondersteund door enkele aspecten van het voorgestelde systeem, in het bijzonder de wijze van financiering en de regierol voor zorgverzekeraars. In dit verband heeft de Raad ook twijfels of voldoende internationale verzekeraars en aanbieders zullen gaan meedingen naar de gunst van de zorgzoekende Nederlander. De ontwikkelingen in Europa inzake het vrije verkeer van diensten zijn (nog) niet zodanig dat, hoezeer ook formeel-juridische barrières zijn geslecht, daarmee ook de belangrijke materiele barrières om tot de Nederlandse markt toe te treden zijn verdwenen. Gegeven de kenmerken van de (regionale) positie van Nederlandse verzekeraars en aanbieders is ook feitelijke onbelemmerde toegang van buitenlandse verzekeraars en aanbieders geboden om het voorgestelde systeem een werkelijke kans van slagen te geven.

Er is voorts alle aanleiding te twijfelen of aan de noodzakelijke voorwaarde van concurrentie tussen de aanbieders onderling, wordt c.q. kan worden voldaan. Ook de bijzondere relatie tussen de verzekerde en de aanbieder laat zich veelal in het geheel niet als een marktverhouding typeren gelet op de eisen van professionaliteit en vertrouwen.

De Raad sluit niet uit dat de kansen van het voorgestelde systeem kunnen toenemen naarmate de internationalisering van de markt van zorgverzekeraars en aanbieders zich verder ontwikkelt. Wellicht dat een gefaseerde invoering daarop kan aansluiten.

De Raad adviseert een grondige analyse te maken van de hiervoor genoemde aspecten van de marktverhouding tussen verzekerden, verzekeraars en aanbieders, en aan de hand daarvan te beslissen of het gerechtvaardigd is over te gaan tot de voorgestelde vorm van de zorgverzekering.

3. Marktverhoudingen

3.1 De Raad gaat in zijn advies uitgebreid in op de marktverhoudingen en de kansen op meer marktwerking in de relaties tussen de drie partijen die op de gezondheidszorgmarkt met elkaar tot overeenkomsten komen: verzekerden, verzekeraars en aanbieders van zorg. Voor de door de Raad aanbevolen marktanalyses in deze driehoek verwijs ik naar de nota Vraag aan bod en de brief aan de Tweede Kamer ter voorbereiding op het hoofdlijnen debat over het zorgstelsel¹. Zoals daar is verwoord bestaat de stelselherziening die dit kabinet voorstaat grofweg uit twee beleidssporen. Het eerste beleidsspoor betreft de invoering van de Zorgverzekeringswet die met name aangrijpt op de marktverhouding tussen zorgverzekeraar en verzekerde. Het tweede spoor richt zich met name op de deregulering van het zorgaanbod, wat zowel de relatie tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar betreft als de relatie tussen zorgaanbieder en verzekerde.

Ik voeg daaraan toe dat het onderhavige wetsvoorstel weliswaar een cruciale maar nog niet voldoende voorwaarde is voor daadwerkelijke concurrentie in

¹ Kamerstukken II 2003/04, 23 619, nr 21.

de zorg. In de eerste plaats geldt dat marktwerking geen doel op zich is. Meer marktwerking is gewenst wanneer de uitkomst van het marktproces een hogere kwaliteit en/of een lagere prijs voor de consument oplevert. Bovendien bestaat er niet zoiets als dé gezondheidszorgmarkt. Er is veeleer sprake van deelmarkten waarop soms meer, soms minder sprake kan zijn van concurrentie.

Daarnaast wijs ik er op dat er een aantal parallelle (wets)voorstellen aanhangig is die juist op de door de Raad genoemde zorgmarkten meer ruimte aan partijen moeten bieden om de concurrentie waar dat zinvol is te bevorderen. Staan in het onderhavige wetsvoorstel vooral de spelregels en speelruimte centraal voor het verkeer tussen verzekerden en verzekeraars, in de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi)¹, de Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg (Hoz)² en de Wet tot wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg in verband met experimenten, prestatiebekostiging en enige andere maatregelen (WTG ExPres)³ zijn dat vooral de spelregels en speelruimte voor het verkeer tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Een en ander laat onverlet dat het kabinet zich volledig bewust is van de complexiteit van de gezondheidszorgmarkt waar de Raad op wijst. Een complexiteit die wordt veroorzaakt door drie onderling verbonden marktpartijen die, ondanks obstakels als kennisasymmetrie en «moral hazard», een voor iedere burger toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en doelmatige gezondheidszorg moeten bewerkstelligen. Ook is het kabinet zich bewust van de cruciale rol die de overheid heeft voor de juiste spelregels voor de drie partijen en het toezicht daarop. Het CPB heeft in zijn studie «Zorg voor concurrentie»⁴ aangegeven om welke regels het gaat. In antwoord op de vraag van de Raad of daarmee de voorwaarden kunnen worden vervuld om de gewenste uitkomst van de marktwerking te bewerkstelligen, verwijst ik naar de conclusie die het CPB in de genoemde studie ook trekt, namelijk dat het door het kabinet voorgestane zorgstelsel, meer dan het huidige stelsel, perspectief biedt op zorg die zowel kosteneffectief als toegankelijk is en dat onzekerheden die met een nieuw stelsel gepaard gaan, de invoering ervan niet in de weg behoeven te staan.

Het kabinet onderschrijft deze conclusie van het CPB, en deelt dan ook niet de door de Raad geuite twijfels ten aanzien van de vraag of de marktwerking zich, gelet op de aanzienlijke publieke financiering en publiekrechtelijke randvoorwaarden, naar redelijke verwachting ook werkelijk zal voordoen. Daarmee wil het kabinet geen onvoorwaardelijk geloof in marktwerking demonstreren, wél een vertrouwen in het potentieel en de kansen en mogelijkheden, die op dit terrein, mits zorgvuldig tot ontwikkeling gebracht, in het verschiet liggen.

Overeenkomstig het advies van de Raad is het algemeen deel van de toelichting aangevuld met een analyse omtrent de verwachte werking van een marktgericht stelsel van gezondheidszorg alsmede met een perspectief van een stapsgewijze invoering daarvan. Ik kan op dit punt overigens niet de kennelijke zorgen van de Raad delen als zou er in het nieuwe verzekeringsstelsel sprake zijn van een beperkt aantal zorgverzekeraars op de Nederlandse markt. Vergeleken met bijvoorbeeld de energiemarkt of de telecommunicatiemarkt, komt het mij voor dat er op het gebied van de ziektekostenverzekering, met naar verwachting enige tientallen zorgverzekeraars, eerder sprake is van een uitbundig dan van een beperkt aanbod. Bovendien wordt door de samenvoeging van de particuliere- en de ziekenfondsmarkt het concurrentiepotentieel verhoogd. Daar komt nog bij dat het voor concurrentie al voldoende is als er enkele partijen actief zijn (zie ook de hiervoor genoemde CPB studie «Zorg voor concurrentie», blz. 70 onderaan «Indien op langere termijn minstens vier landelijk actieve verzekeraars overblijven, kan nog steeds sprake zijn van voldoende concurrentie van verzekeraars»). Een wat verdergaande concentratie van zorgverzekeraars hoeft in de huidige marktsituatie niet te betekenen dat de concurrentie altijd afneemt. Het kan ook zo zijn dat als gevolg van het samengaan van enkele kleine zorgverzekeraars er een grotere zorgverzekeraar ontstaat die sterk kan gaan concurreren met andere grote spelers op de markt.

3.1.a.1 De Raad stelt vast dat het wetsvoorstel geen formele belemmeringen bevat voor het optreden van buitenlandse verzekeraars en aanbieders op de markt. Terecht merkt de Raad op dat de wet bepaalde aspecten bevat waarvan materieel belemmeringen kunnen uitgaan voor een daadwerkelijke toetreding.

¹ Kamerstukken II 2000/01, 27 659.

² Kamerstukken II 2002/03, 28 994.

³ Kamerstukken II 2003/04, 29 379.

⁴ Centraal Planbureau, Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel, januari 2003.

Overeenkomstig het advies van de Raad is in het algemeen deel van de toelichting bij de afzonderlijke onderdelen ingegaan op de rechtvaardigingsgrond voor deze potentiële inbreuk op de Europeesrechtelijke regels.

3.1.a.2 Terecht merkt de Raad op dat transparantie in het aanbod voor de burger van cruciaal belang is om het beoogde systeem goed te laten functioneren. Het wetsvoorstel is in dit opzicht aangepast door het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ, dat zal opgaan in de Zorgautoriteit), eventueel in aanvulling op bestaande particuliere initiatieven, een voorlichtende taak te geven. Het algemeen deel van de toelichting is op dit punt overeenkomstig aangepast.

3.1.a.3 Het wetsvoorstel beoogt te bevorderen dat de relaties tussen de partijen in de gezondheidszorg zoveel mogelijk ontstaan op basis van eigen keuzes. Slechts voor zover er sprake is van evident onevenwichtige marktverhoudingen, zal de overheid regelend optreden ter borging van het publieke belang (acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar, maar alleen voor die varianten van de zorgverzekering die hij zelf wenst te voeren; voorgeschreven tarieven, maar voor een afnemend aantal zorgvormen; contracteerverplichting slechts wanneer de zorgverlening aan de burger in het gedrang dreigt te raken, of wanneer de financiële houdbaarheid van het stelsel in het geding is). In dat kader wordt het aan partijen zelf overgelaten om te beslissen of zij de voorkeur geven aan het naturamodel dan wel kiezen voor een restitutiemodel. De vraag van de Raad of is overwogen bij de voorgestelde stelselwijziging geheel op een restitutiestelsel over te gaan, acht ik hiermee beantwoord.

3.1.b.1 Cruciale voorwaarde voor het meer concurrerend maken van de gezondheidszorgsector, zo heeft ook het CPB vastgesteld¹, is de betwistbaarheid van marktposities. Zoals het kabinet in vele stukken heeft uiteengezet, heeft de deregulering van de aanbodkant in Nederland hoge prioriteit. Het gaat hier met name om de invoering van diagnose behandeling combinaties (dbc's) en de hiermee gepaard gaande geleidelijke invoering van vrije prijsvorming en prestatiebekostiging, een verruiming van de mogelijkheden voor opleiding tot het artsberoep en om het starten van ondernemingen die intramurale zorg aanbieden. De voorgestelde vernieuwingen van de Wtg en de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) zijn hoofdzakelijk hiervoor bedoeld. Concrete maatregelen op dit gebied zijn het creëren van meer mogelijkheden tot tariefdifferentiatie, het lossen maken van het bouwregime, de deregulering van de zelfstandige behandelcentra en het toestaan van winsttoegmerk. Het staat mij niet voor ogen dat de aanbodverruiming geheel voor buitenlandse rekening komt. Het zal bij een geslaagde deregulering zeker ook voor buitenlandse aanbieders makkelijker worden om zich in Nederland te vestigen. Ook lijken voor veel vormen van zorg de mogelijkheden voor verzekerden steeds groter te worden deze in het buitenland te betrekken. Niettemin ligt het zwaartepunt van het beleid op het wegnemen van barrières en het versterken van de prikkels waardoor binnenlandse aanbieders sneller tot de gezondheidszorgmarkt kunnen toetreden. Het algemeen deel van de toelichting is op dit punt aangevuld.

3.1.b.2 Naar aanleiding van de vraag van de Raad om de positie van de zorgaanbieders nader te beschouwen, verwijs ik naar het terzake door de regering verwoorde standpunt in het voorstel van wet, houdende de totstandkoming van de Wtzi.

3.1.b.3 De Raad vreest dat het publieke belang dat aanleiding is voor de aanwijzing van zorgvormen waarvoor contracteerplicht zal gelden, in het gedrang zou kunnen komen als die aanwijzingsbevoegdheid niet ook betrekking zou hebben op de daarbij behorende prijs. Anders dan de Raad kennelijk denkt, blijft het zeker mogelijk om voor de zorgvormen waarvoor de contracteerplicht wordt gehandhaafd of opnieuw wordt ingevoerd, ook greep te houden op de tarieven die voor die zorg in rekening mogen worden gebracht. Daartoe kan het instrumentarium van de Wtg worden benut, zoals dat ook in combinatie met de contracteerplicht onder de huidige Zfw het geval is. Het is derhalve niet noodzakelijk dit expliciet in artikel 12 van de Zorgverzekeringswet te bepalen.

¹ Centraal Planbureau, Zorg voor concurrentie, een analyse van het nieuwe zorgstelsel, januari 2003.

In het stelsel van het wetsvoorstel zijn de zorgverzekeraars in beginsel vrij zelf te bepalen of zij ten behoeve van hun verzekerden overeenkomsten met zorgaanbieders sluiten of niet, en aldus greep willen hebben op de organisatie, de prijsvorming en andere aspecten van de aan hun verzekerden te leveren zorg. In de situatie van artikel 12, eerste lid, zijn de zorgverzekeraars wel verplicht voor de aangewezen zorgvormen overeenkomsten te sluiten, doch behoeven zij niet alle zorgaanbieders te contracteren. In dat geval ligt het het meest voor de hand dat zij ook vrij zijn met elke individuele zorgaanbieder afspraken te maken over het in rekening te brengen tarief. In de situatie van artikel 12, tweede lid, daarentegen, zijn de zorgverzekeraars verplicht voor de aangewezen zorgvormen met alle zorgverzekeraars die dat wensen, een contract aan te gaan. Hoewel er geen sprake is van een wettelijke koppeling, ligt het in de rede dat het opleggen van deze contracteerplicht veelal gepaard zal gaan met tariefregulering op grond van de Wtg. Als dat het geval is, leidt niet de verplichting van artikel 12, derde lid (omgekeerde contracteerplicht), maar de Wtg tot het hanteren van een bepaald maximumtarief dat in de praktijk doorgaans het feitelijk gehanteerde tarief is. Uitsluitend in geval er – ondanks het instellen van contracteerplicht – zou worden afgezien van tariefregulering op basis van de Wtg, zal de zorgaanbieder, door de verplichting tot het sluiten van een gelijke overeenkomst, verplicht zijn het met een zorgverzekeraar overeengekomen tarief ook met andere zorgverzekeraars overeen te komen.

De Raad merkt verder op dat de uitzondering die artikel 12, vierde lid, op de (omgekeerde) contracteerplicht mogelijk maakt, dermate ruim is geformuleerd dat hiermee het hele artikel 12 kan worden uitgehold. Erkend zij dat het begrip «ernstige bezwaren» niet nader preciseert van welke aard die bezwaren zouden moeten zijn. Daarmee is echter nog niet gezegd dat de formulering zorgverzekeraars en zorgaanbieders veel ruimte biedt om zich aan de verplichting te onttrekken. Er zal immers sprake moeten zijn van zo grote bezwaren tegen het aangaan van een overeenkomst dat het aangaan van die overeenkomst in redelijkheid niet van de andere partij kan worden gevergd. Het bestaan daarvan zal niet te lichtvaardig kunnen worden aangenomen. In de jurisprudentie op grond van de Zfw is nader afgebakend welke bezwaren als «ernstige bezwaren» zijn te beschouwen. Ik ga er van uit dat partijen en de burgerlijke rechter op basis van die jurisprudentie voldoende houvast hebben om hun standpunt te bepalen. Ik acht het overigens ook niet goed mogelijk in de wet nader te preciseren van welke aard de ernstige bezwaren moeten zijn. Ik zie dan ook geen aanleiding de bepaling anders te formuleren.

3.1.b.4 Terecht constateert de Raad dat zorgverzekeraars zorgaanbieders in dienst mogen nemen die hun verzekerden de verzekerde zorg of overige verzekerde diensten verlenen. Anders dan de Raad stelt, gaat het hier echter niet om (risicodragende) nevenactiviteiten, die inderdaad verboden zijn, maar om hoofdactiviteiten. Dit volgt uit de omschrijving van het te verzekeren pakket in artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet. Wordt krachtens de zorgverzekering een bepaalde vorm van zorg in natura verstrekt (art. 11, eerste lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet), dan betekent dat dat de verzekeraar ervoor dient te zorgen dat de verzekerde de zorg krijgt die hij nodig heeft. De zorgverzekeraar kan daartoe de benodigde zorg of dienst voor zijn rekening door gecontracteerde zorgaanbieders aan de verzekerde laten leveren, maar ook kan hij aan zijn prestatieplicht voldoen door de zorg zelf te leveren. Het zelf leveren van verzekerde zorg valt derhalve onder de hoofdactiviteiten van een naturaverzekeraar¹.

Kiest een zorgverzekeraar (voor een bepaalde vorm van zorg of dienst) voor restitutie, dan behoort op grond van artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet niet alleen het recht op vergoeding tot het verzekerde pakket, maar ook het recht op activiteiten gericht op het verkrijgen van de benodigde vorm van zorg of dienst. Het verrichten van dergelijke activiteiten is derhalve ook voor een restitutieverzekeraar geen neven- maar hoofdactiviteit. Hoewel bij een restitutieverzekeraar niet voor de hand ligt dat hij de benodigde zorg of dienst laat verlenen door een in dienst genomen hulpverlener, kan dat ook nog onder «activiteiten, gericht op het verkrijgen van de benodigde vorm van zorg of dienst» worden geschaard. Uit het voorgaande moge blijken dat er geen bezwaar tegen is dat zorgverzekeraars zelf een infrastructuur voor zorg opzetten waarvan zorgaan-

¹ Zie in dit verband het arrest van het EG-Hof van Justitie van 21 september 2000, nr. C-109/99 in de zaak Association basco-béarnaise des opticiens indépendents.

bieders of verzekerden gebruik moeten maken, voor zover dit althans niet zo ver zou gaan, dat van verboden nevenactiviteiten sprake zou zijn. De Raad is van mening dat dergelijke concentraties van activiteiten riskant zouden zijn in het licht van het mededingingsrecht. De Mededingingswet geeft de Nederlandse mededingingsautoriteit echter voldoende instrumenten om bij (dreigende) belemmering van de mededinging tegen de betrokken zorgverzekeraars op te treden.

3.1.c.1. Vanuit de verwachting dat de meeste verzekerden geen gebruik zullen maken van de aangeboden modellen waarbij zij zelf hun zorgaanbieders kunnen kiezen, vreest de Raad dat «de logica van de markt en van de bureaucratie die van de professionals gaat domineren» en vraagt aan te geven hoe dit voorkomen kan worden. De Raad vraagt dit vanuit de aanname dat het in de gezondheidszorg uiteindelijk niet gaat om partijen op een economische markt, maar om de verhouding tussen arts en patiënt waarin medische professionaliteit en onderling vertrouwen de essentiële kenmerken zijn. Ik onderschrijf dat de medische professionaliteit en de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt van groot belang zijn voor een goede werking van het gezondheidszorgsysteem. Ik trek daaruit evenwel niet de conclusie dat het stelsel daarom gebaseerd moet zijn op volledige keuzevrijheid van zorgaanbieders voor iedereen. Juist vanwege het hoge niveau van de medische opleidingen in Nederland en de daaruit resulterende professionaliteit van de zorgaanbieders, mag verwacht worden dat, ook al contracteert een verzekeraar slechts een deel van het totale aanbod, dit deel in staat zal zijn tot het onderhouden van een goede vertrouwensrelatie met de verzekerde patiënten. Uiteraard kan dit nooit voor alle individuele gevallen worden gegarandeerd, maar ik ga ervan uit dat er binnen de door de verzekeraars gecontracteerde zorg voldoende substitutiemogelijkheden zijn om ook op individueel niveau een bevredigende aansluiting tussen vraag en aanbod tot stand te brengen. Verzekeraars hebben er geen belang bij om op dit punt ontevreden klanten te kweken. Bovendien kan een verzekerde kiezen voor een restitutiepolis, waarbij hij wel vrije keuze heeft, of kan hij overstappen naar een zorgverzekeraar die de door hem gewenste zorgaanbieder wel heeft gecontracteerd. Overeenkomstig het advies van de Raad is in het algemeen deel van de toelichting ingegaan op de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt.

3.1.c.2 De Raad vraagt waar een verzekerde recht op heeft indien hij krachtens zijn zorgverzekering voor een bepaalde vorm van zorg naar een gecontracteerde zorgaanbieder moet, maar hij in een noodgeval toch naar een niet-gecontracteerde hulpverlener is gegaan. Het antwoord op deze vraag is te vinden in artikel 13, dat voor zulke situaties regelt dat de verzekerde recht heeft op een door zijn zorgverzekeraar te bepalen vergoeding. Een verzekeraar heeft daarbij de ruimte om onderscheid maken tussen de vergoeding die hij verstrekt indien een verzekerde wegens een noodgeval niet naar een gecontracteerde aanbieder kon gaan en een vergoeding die hij verstrekt indien de verzekerde daar wél de tijd en mogelijkheid toe had, maar per se naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder wilde. In het eerste geval kan hij bijvoorbeeld besluiten een (vrijwel) volledige kostenvergoeding (mits niet meer dan marktconform) te geven, en in het tweede geval een lagere. Overigens heeft de verzekerde op grond van artikel 22, eerste lid, onderdeel a, van de Europese socialezekerheidsverordening 1408/71 bij een verblijf op het grondgebied van een andere lidstaat van de Europese Unie recht op verstrekkingen die tijdens dat verblijf noodzakelijk worden. Op grond van de Overeenkomst tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds, en de Zwitserse Bondsstaat, anderzijds, over het vrije verkeer van personen geldt dit ook voor noodzakelijke medische zorg tijdens een verblijf in Zwitserland. De zorgverzekeraar zal hier in zijn modelovereenkomsten en polissen rekening mee dienen te houden.

Artikel 13, zoals dit aan de Raad is voorgelegd, kan de indruk wekken niet voor dit soort noodgevallen te zijn geschreven. Daarom is het voorgaande in het algemeen deel van de toelichting verwoord, terwijl het vierde lid van dat artikel zo is gewijzigd, dat dit nu regelt dat de zorgverzekeraar de vergoeding voor alle verzekerden die in een zelfde situatie een zelfde vorm van zorg of dienst behoeven, op gelijke wijze dient te berekenen.

Op de vraag van de Raad over de fasering van de vernieuwing van het zorgstelsel, waar de herziening van het ziektekostenverzekeringstelsel onderdeel van uit maakt, wordt ingegaan in onderdeel 3.3 van dit rapport.

Ik ben met de Raad van oordeel dat bij de herziening van het zorgstelsel een zorgvuldige en behoedzame aanpak is geboden. Juist om die reden kies ik voor een gefaseerde en deelmarktgewijze aanpak, die ruimte laat om te leren van opgedane ervaringen en te handelen naar bevind van zaken. Die aanpak is in de toelichting op het onderhavige wetsvoorstel, daar het zich beperkt tot de zorgverzekering, niet in extenso beschreven. Voor een meer uitgebreide toelichting, waarin tevens de samenhang tussen de onderscheiden deeltrajecten van de stelselvernieuwing wordt geschetst, verwijs ik naar mijn brief aan de Tweede Kamer van 12 maart 2004¹ ter voorbereiding op het hoofdlijnen debat over het zorgstelsel. Ter illustratie van de voorgestane gefaseerde ontwikkeling moge worden gewezen op de dbc's, waar het kabinet heeft besloten eerst ervaring op te doen met vrij onderhandelbare prijzen voor tien procent van de dbc's. Vrije prijsvorming is tevens voorzien voor de fysiotherapie.

De twijfel van de Raad ten aanzien van het realiseren van voorwaarden voor reële concurrentie deel ik, indien zo algemeen gesteld, niet. Ook hier past in mijn visie een gedifferentieerde benadering afhankelijk van de aard van de deelmarkt. Zo is er bij acute behoefte aan zorg nauwelijks ruimte voor enig uitstel. Daardoor is de relevante geografische markt klein en het aantal concurrenten beperkt. Daarbij wordt nieuw aanbod belemmerd omdat de investering in capaciteit moet worden afgestemd op onrendabele incidentele piekbelastingen. Deelmarkten waar wel voldoende aanbod beschikbaar kan komen, zoals de planbare, niet spoedeisende zorg, lenen zich vanzelfsprekend beter voor reële concurrentie. Overigens is (volledig) vrije prijsvorming in mijn opinie geen noodzakelijke voorwaarde voor reële concurrentie. Ook in situaties waarin prijzen respectievelijk budgetten geheel of overwegend van overheidswege totstandkomen, kunnen vormen van concurrentie, bijvoorbeeld maatstafconcurrentie, bijdragen aan een doelmatige totstandkoming van het zorgaanbod. Daarnaast draagt de risicodragende uitvoering door de zorgverzekeraars vanzelfsprekend ook bij aan het streven naar meer concurrentie in de zorgsector.

Ten slotte wijs ik op de oprichting van de Zorgautoriteit, die als belangrijkste drie taken krijgt: het toezien op adequate marktwerking, het vaststellen van zo efficiënt mogelijke prijzen waar deze nog niet kunnen worden vrijgelaten en het toezien op een juiste naleving van de Zorgverzekeringswet. Ik verwijs voor een meer uitvoerige toelichting op mijn voornemens terzake naar de brief aan de Tweede Kamer inzake de Zorgautoriteit². De Zorgautoriteit zal een belangrijke rol spelen in het begeleiden van de ontwikkeling van markten zoals die het kabinet voor ogen staat, met een gedifferentieerde en gefaseerde aanpak die enerzijds past bij de behoedzaamheid waar de Raad terecht toe oproept, en anderzijds de nodige voortvarendheid mogelijk maakt. Een en ander is in het algemeen deel van de toelichting verduidelijkt.

4. Verenigbaarheid met het Europese recht

De Raad vraagt aandacht voor de verenigbaarheid van het voorgestelde model met het Europese recht. De afgelopen jaren hebben zich in de jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen (HvJ EG) op het terrein van de gezondheidszorg en, meer in het algemeen, met betrekking tot de borging van publieke belangen in relatie tot de interne markt, ingrijpende ontwikkelingen voorgedaan. Juist omdat het gekozen model van een privaat verzekeringsstelsel onder vergaande publieke randvoorwaarden zonder precedent is, is het, mede gelet op de ontwikkelingen in de jurisprudentie van het HvJ EG, van groot belang om bij het opstellen van de wetgeving, en bij de uitvoering ervan, de Europeesrechtelijke begrenzings in acht te nemen. De Europeesrechtelijke aspecten spitsen zich toe op de volgende punten:

- a. de toelaatbaarheid van de in het voorstel gestelde voorwaarden in het licht van de verzekeringsrichtlijnen;*
- b. de verenigbaarheid van het stelsel met de regels inzake het vrije verkeer;*
- c. de staatssteunaspecten van het vereveningsstelsel;*
- d. de risico's van het stelsel in het licht van het Europees mededingingsrecht (hierop is reeds ingegaan in de paragraaf over marktwerking).*

¹ Kamerstukken II 2003/04, 23 619, nr. 21.

² Brief van de Minister van VWS van 10 september 2004, kenmerk Z/PB-2516069.

a. Europese schaderichtlijnen

Op het voorgestelde stelsel zijn de Europese schaderichtlijnen inzake het verzekeringsbedrijf van toepassing. De vraag die in dit verband rijst is, of een inbreuk op de voorschriften van deze richtlijnen gerechtvaardigd kan worden met een beroep op het algemeen belang op grond van artikel 54 van de derde schaderichtlijn in het bijzonder. De memorie van toelichting beantwoordt deze vraag bevestigend en baseert zich hierbij op een brief van de Europese Commissie, maar die is niet beslissend¹. De toelichting verwijst terecht naar de opmerking in deze brief, dat het HvJ EG als enige bevoegd is om hierover te oordelen en dat de Commissie niet vooruit kan lopen op het oordeel van het Hof². De Raad constateert dat er daarom sprake is van een onzekere situatie. De Raad wijst er voorts op dat het standpunt dat inbreuken op de voorschriften van deze richtlijnen mogelijk gerechtvaardigd kunnen worden met een beroep op het algemeen belang op grond van artikel 54 van de derde schaderichtlijn, nog niet meebrengt dat de verschillende in het onderhavige wetsvoorstel opgenomen maatregelen die een inbreuk vormen daarmee daadwerkelijk gerechtvaardigd zijn en dat de proportionaliteit van die maatregelen daarmee buiten twijfel is. Dit zal per onderdeel moeten worden aangetoond. De Raad adviseert met betrekking tot elke afzonderlijke maatregel die in het voorstel is opgenomen en die een inbreuk op het stelsel van de verzekeringsrichtlijnen vormt, nadrukkelijk te bezien of deze gerechtvaardigd kan worden.

b. Vrij verkeer

In het voorstel is op verschillende plaatsen sprake van voorschriften die een belemmering van het vrije verkeer kunnen vormen, in die zin dat zorgverzekeraars of zorgaanbieders ervan worden weerhouden op de Nederlandse markt actief te zijn. Voor dergelijke belemmeringen geldt dat deze gerechtvaardigd moeten worden door het HvJ EG aanvaarde rechtvaardigingsgronden, en dat de getroffen maatregelen proportioneel zijn.

Zo is het verdedigbaar dat de acceptatie-, de zorg- en de verzekeringsplicht alsmede de verevening van lasten uit hoofde van verschillende verzekerde risico's, verenigbaar zijn met Europees recht gelet op de noodzaak publieke belangen te verzekeren. De noodzaak en proportionaliteit moeten evenwel uitdrukkelijk in de toelichting worden aangetoond. De toelichting schiet op dit punt tekort. Voorts is van het systeem van de no-claimkortingen niet zonder meer duidelijk dat dit noodzakelijk is ter waarborging van het belang van de volksgezondheid of handhaving van het stelsel. Wel lijkt op zichzelf verdedigbaar dat aan het invoeren van systemen van no-claimkortingen door zorgverzekeraars beperkingen worden gesteld om te voorkomen dat het stelsel wordt uitgehold.

Hetzelfde kan worden gezegd over het eigen risico. Voorstelbaar is dat grenzen worden gesteld aan de mate waarin van een eigen risico mag worden uitgegaan, maar niet evident is waarom wettelijk moet worden voorgeschreven welke varianten mogelijk zijn, zoals in het wetsvoorstel gebeurt. De proportionaliteit van deze opgelegde regels wordt niet aangetoond.

In het wetsvoorstel wordt bepaald dat voor personen jonger dan 18 jaar geen premie is verschuldigd. Deze keuze wordt niet gemotiveerd en het is ook niet duidelijk waarom deze afwijking van het privaatrechtelijke verzekeringsrecht noodzakelijk is. Als de achtergrond zou zijn om het sociale verzekeringskarakter van de zorgverzekering te waarborgen, dan merkt de Raad op dat ook jongeren onder de 18 jaar feitelijk over inkomen of vermogen kunnen beschikken. Niet valt in te zien waarom ten aanzien van deze categorie een premiestelsel niet mogelijk zou zijn. Voorzover dat tot onaanvaardbare lasten zou leiden, kan hiermee in het stelsel van de zorgtoeslag rekening worden gehouden.

Wat betreft het begin en het einde van de verzekering wordt op verschillende manieren afgeweken van het privaatrechtelijke verzekeringsrecht. Zo mag de verzekerde in beginsel slechts één keer per jaar de verzekering opzeggen (artikel 7, eerste lid) en kan de verzekeringnemer de zorgverzekering niet opzeggen indien een wijziging in de verzekerde prestaties voortvloeit uit een wettelijke maatregel (artikel 7, derde lid, onder b). De Raad mist een overtuigende motivering waarom deze afwijkingen van het uitgangspunt van contractsvrijheid noodzakelijk zijn en of deze proportioneel zijn. Dit klemmt temeer nu de Raad betwijfelt of deze elementen van het voorstel deze toets kunnen doorstaan. Ook van de bepalingen inzake de omvang van het

¹ Brief van de Europese Commissie, 25 november 2003, kenmerk CAB/PvB/D(03)0848.

² Memorie van toelichting, Hoofdstuk IV. De vormgeving van de zorgverzekering.

verzekerde pakket en de contracteerplicht is het voorschrijven niet zonder meer gerechtvaardigd.

De Raad adviseert in de toelichting deze elementen van het voorstel, en ook die overgaan van het oude naar het nieuwe zorgverzekeringsstelsel, expliciet te toetsen op hun noodzakelijkheid en proportionaliteit ter borging van het publieke belang tegen de achtergrond van verenigbaarheid met het Europese recht.

c. Staatssteunaspecten

Opzet van het vereveningsstelsel is om compensatie te bieden voor de verplichtingen, waaronder de acceptatieplicht, ingevolge het wettelijke stelsel, die verband houden met de behartiging van publieke belangen (verevening van gezondheidsrisico's). Ook is de vereveningsbijdrage bedoeld om de hoogte van de nominale premie te beperken. Deze compensatie bevat hierdoor niet alleen een zuivere risico-vereveningscomponent, maar ook een generieke component. Verder kan de vereveningsbijdrage door de zorgverzekeraars vrijelijk worden besteed, waardoor zogenaamde kruissubsidiëring niet kan worden voorkómen. De Raad is daarom van oordeel dat er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat de vereveningsbijdrage als een steunmaatregel beschouwd moet worden in de zin van artikel 87 van het EG-Verdrag. In dat geval zal deze maatregel moeten worden aangemeld bij de Europese Commissie op grond van artikel 88 van het EG-Verdrag en kan deze bijdrage pas na goedkeuring worden uitgekeerd. Omdat de vereveningsbijdrage jaarlijks wordt vastgesteld, zal dit aspect jaarlijks moeten worden beoordeeld.

De Raad adviseert te waarborgen dat te allen tijde wordt voorkómen dat de vereveningsbijdrage zou worden uitgekeerd zonder dat deze door de Europese Commissie is goedgekeurd.

4. Verenigbaarheid met het Europese recht

4.a. De Raad merkt op dat het verdedigbaar is dat de acceptatie-, de zorg- en de verzekeringsplicht alsmede de verevening van lasten uit hoofde van verschillende risico's, verenigbaar zijn met Europees recht, gelet op de noodzaak publieke belangen te verzekeren. De Raad wijst daarbij op de noodzaak in de toelichting nadrukkelijk in te gaan op de noodzaak en de proportionaliteit van deze maatregelen. Dat geldt evenzeer voor de gestelde voorschriften met betrekking tot no-claimkortingen, het eigen risico, de premievrijstelling voor personen jonger dan achttien jaar, de omvang van het te verzekeren pakket en de contracteerplicht. Het algemeen deel van de toelichting is op deze punten waar nodig aangevuld.

4.b. Anders dan de Raad van State opmerkt, regelt de Zorgverzekeringswet niet dat de verzekerde de zorgverzekering in beginsel slechts één keer per jaar mag opzeggen. De Zorgverzekeringswet regelt namelijk dat dit in ieder geval één keer per jaar mag. Zoals in de artikelsgewijze toelichting staat, zullen daarnaast nog de opzegregels van de eerste afdeling van titel 7.17 BW gelden. Dat betekent dat het de zorgverzekeraar vrij staat zelf opzeggingsgronden (zowel voor de verzekeraar als voor de verzekeringnemer) te formuleren en deze in de polis (en in de modelovereenkomst) op te nemen. Kortom, de contractsvrijheid van de zorgverzekeraars is grotendeels in stand gebleven.

De vrijheid van de verzekerde wordt beperkt doordat hij bij een door de wetgever gedurende een kalenderjaar opgelegde pakketverslechtering niet mag opzeggen. De reden daarvan is, zoals in de artikelsgewijze toelichting is aangegeven, dat opzegging in dit geval weinig zin zou hebben, aangezien alle verzekeraars de nieuwe pakketvoorwaarden in hun zorgverzekeringen zullen moeten verwerken, zodat de verzekerde ook bij iedere andere verzekeraar met de pakketbeperking geconfronteerd zou worden.

Onnodige administratieve kosten, die invloed kunnen hebben op het premieniveau, worden aldus voorkomen. Door geen van de betrokken partijen zal dit als een beperking worden ervaren.

Het algemeen deel van de toelichting is verduidelijkt, waarbij tevens aandacht is gegeven aan de door de Raad gesignaleerde mogelijke inbreuken op het Europees recht.

4.c. De Raad merkt op dat er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat de vereveningsbijdrage in Europeesrechtelijk opzicht als een steunmaatregel gezien zou kunnen worden en dat deze aangemeld moet worden bij de Europese Commissie. Ik deel de visie van de Raad dat inderdaad niet kan worden uitgesloten dat de vereveningsregeling als steunmaatregel gezien zou kunnen worden. De Europese Commissie zal op korte termijn gevraagd worden hierover een opvatting uit te spreken. Uiteraard zal het advies van de Raad in acht worden genomen dat geen vereveningsbijdrage uitgekeerd zal worden zonder dat de Europese Commissie zich over het karakter hiervan heeft uitgesproken. Overigens wijs ik erop dat de Europese Commissie in een beschikking inzake het Ierse stelsel van particuliere ziektekostenverzekeringen heeft uitgesproken dat betalingen in het kader van het risicovereveningsstelsel geen staatssteun in de zin van art. 87, eerste lid, EG-Verdrag behelzen, maar kunnen worden gezien als een noodzakelijke compensatie voor door de overheid opgelegde publieke dienstverplichtingen¹.

5. Verhouding tot het BW

De voorgestelde zorgverzekeringsovereenkomst is onderworpen aan verschillende wettelijke randvoorwaarden. De vraag rijst hoe deze zich verhouden tot de bepalingen in het BW.

In het voorgestelde artikel 7.17.1.1 BW², dat thans bij de Eerste Kamer der Staten-Generaal aanhangig is, is een definitie opgenomen van de verzekeringsovereenkomst. Essentiële elementen zijn:

- een overeenkomst;*
- waarbij een verzekeraar zich tegen genot van een premie;*
- jegens een verzekeringnemer verplicht tot het doen van een of meer uitkeringen;*
- en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren.*

Bij de zorgovereenkomst is weliswaar sprake van een overeenkomst, maar deze is aan een groot aantal beperkingen onderhevig. Zo is er een acceptatieplicht, er is een verplichting om gebruik te maken van voor alle verzekerden gelijklopende modelovereenkomsten, er is voorzien in bijzondere wettelijke regels inzake de verzekerde risico's, inzake het begin, het einde en terugwerkende kracht van de zorgovereenkomst, inzake eigen risico en no-claim kortingen, en inzake ontbinding door de verzekeraar van de zorgverzekering ingeval de premie niet wordt voldaan.

Wat betreft de dekking van de kosten wordt een substantieel gedeelte daarvan niet, zoals gebruikelijke bij verzekeringsovereenkomsten, door middel van premies gefinancierd, maar door publieke financiering, hetgeen de risico's voor zorgverzekeraars vermindert. Voor personen jonger dan 18 jaar geldt in het voorstel bovendien in het geheel geen premieplicht.

Wat betreft het doen van uitkeringen en het ontbreken van zekerheid daarover kan worden opgemerkt dat de acceptatieplicht ertoe leidt dat reeds bij het sluiten van een aantal zorgverzekeringsovereenkomsten vaststaat dat uitkeringen zullen worden gedaan, omdat het bijvoorbeeld (chronisch) zieken betreft.

Meer in het algemeen bestaat voor zorgverzekeraars in het voorgestelde stelsel geen enkele mogelijkheid tot risicoselectie. Ook bestaat ingevolge artikel 15 geen mogelijkheid tot korting op de uitkering indien de verzekerde niet getracht heeft de risico's zoveel mogelijk te verminderen. Aangenomen kan worden dat bij het sluiten van zorgverzekeringsovereenkomsten niet in alle gevallen onduidelijk is of, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan.

Een en ander brengt de Raad tot de conclusie dat de zorgverzekeringsovereenkomst in een aantal opzichten afwijkt van de begripsomschrijving van een verzekeringsovereenkomst in de zin van artikel 7.17.1.1 BW. De Raad adviseert in te gaan op de verhouding van deze voorstellen met de bepalingen inzake de verzekeringsovereenkomst in het BW.

5. Verhouding tot het Burgerlijk Wetboek (BW)

Na inwerkingtreding van het wetsvoorstel tot vaststelling van titel 7.17 (verzekering) en titel 7.18 (lijfrente) van het nieuwe BW (Kamerstukken I

¹ European Commission (2003). State Aid N 46/2003 – Ireland – Risk equalisation scheme in the Irish health insurance market. Brussels, European Commission. Relevant in deze is ook het arrest van het EG-Hof van Justitie (HvJ EG) van 13 maart 2001 in de zaak PreussenElektra (zaak C-379/98).

² Wetsvoorstel tot voorstelling van titel 7.17 (verzekering) en titel 7.18 (lijfrente) van het nieuwe Burgerlijk Wetboek (Kamerstukken I 2002/03, 19 529, nr. 206).

2002/03, 19 529, nr. 206) zal de definitie van de privaatrechtelijke verzekering (art. 7.17.1.1 BW) als volgt komen te luiden: «Verzekering is een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren.».

De Raad van State merkt op dat de zorgverzekeringsovereenkomst weliswaar een overeenkomst zal zijn, maar dat deze een aanzienlijk aantal voorwaarden kent waaraan de burger, de verzekeraar en de tussen hen tot stand komende zorgverzekering, dienen te voldoen. De Raad adviseert in te gaan op de verhouding tussen de voorwaarden uit de Zorgverzekeringwet en de toekomstige definitie van «verzekering» in het BW.

De door de Raad in zijn advies opgesomde elementen beperken inderdaad de contractsvrijheid, maar deze elementen vloeien direct voort uit de wens van het kabinet te komen tot een sociale, de gehele bevolking dekkende, zorgverzekering. Zo'n verzekering is alleen mogelijk indien risicoselectie wordt voorkomen. Hiertoe kent de Zorgverzekeringwet een acceptatieplicht voor een wettelijk geregeld pakket, met een verbod van premiedifferentiatie naar verzekerdenkenmerken en een systeem van risicoverevening tussen verzekeraars. Overigens zijn er ook andere overeenkomsten waaraan de wet – bijvoorbeeld ter bescherming van de zwakkere partij of in het algemeen belang – eisen stelt. Te denken valt allereerst aan de arbeidsovereenkomst en de huurovereenkomst, maar in wezen kent ook de voorgestelde titel 7.17 BW dergelijke eisen.

De Zorgverzekeringwet staat het de zorgverzekeraar inderdaad niet toe een korting op de prestaties toe te passen indien de verzekerde onvoldoende heeft gedaan om de schade te beperken. In de artikelsgewijze toelichting op artikel 15 van de Zorgverzekeringwet zijn daarvoor reeds de redenen aangegeven. Gewezen zij bovendien nogmaals op het arrest van de Hoge Raad van 11 september 1998, NJ 1999/664, waaruit blijkt dat de Hoge Raad van mening is dat een verplichting tot schadebeperking niet strookt met de aard van een zorgverzekering.

geen (nominale) premie zorgverzekering voor personen jonger dan achttien jaar

Het ontbreken van de mogelijkheid (nominale) premie te vragen voor de zorgverzekering van personen jonger dan achttien jaar is afzonderlijke bespreking waard, nu het genot van premie, gezien de definitie in artikel 7.17.1.1 BW, één van de kernelementen van de verzekeringsovereenkomst is.

Terecht merkt de Raad op dat voor de verzekering van jeugdigen geen (nominale) premie verschuldigd is. Echter, gezien het arrest van de Hoge Raad van 13 maart 1959, NJ 1962, 338 (zie de noot van J. H. Beekhuis onder NJ 1962, 339), zoals dat nogmaals gepubliceerd is in RZA 1988, 35, ben ik van mening dat dit niet aan het ontstaan van een geldige verzekeringsovereenkomst voor deze jeugdigen in de weg staat. Eerdergenoemde zaak speelde ten tijde van het uit 1941 daterende Ziekenfondsenbesluit, krachtens welk bepaalde groepen personen zich verplicht moesten verzekeren bij een ziekenfonds van hun keuze. De ziekenfondsen mochten van hen echter geen premie heffen: in de financiering van deze verzekeringen werd volledig voorzien door middel van bijdragen uit een vereveningsfonds, dat op zijn beurt werd gevuld met premies die bij werkgever en werknemers geheven werden. De Hoge Raad sprak duidelijk uit, dat het feit dat de hoogte van de premie door de overheid werd bepaald, het feit dat de premie niet door de ziekenfondsen maar door de bedrijfsverenigingen werd geïnd, en het feit dat deze langs een omweg (namelijk via het vereveningsfonds) bij de ziekenfondsen terecht kwam, niet de conclusie konden wettigen, dat er geen overeenkomsten van verzekering tot stand kwamen.

In de financiering van de zorgverzekering van verzekerden jonger dan achttien jaar zal via het Zorgverzekeringsfonds worden voorzien (met het oog daarop zal ook ieder jaar een rijksbijdrage in dat fonds worden gestort). Wat dit betreft lijkt de financiering van de zorgverzekering voor deze jongeren derhalve sterk

op de financieringsconstructie die ten tijde van het Ziekenfondsenbesluit voor alle verzekerden gold. De lijn van het arrest van de Hoge Raad naar het heden doortrekkend, kom ik tot de conclusie dat ook voor deze jongeren geldige zorgverzekeringsovereenkomsten tot stand zullen komen.

onzekerheid omtrent de uitkering uit de verzekering

Ook het vereiste van onzekerheid omtrent de vraag of, wanneer en tot welke hoogte de zorgverzekeraar moet uitkeren, vormt kernelement van de in artikel 7.17.1.1 BW opgenomen definitie van «verzekering» en verdient daarom afzonderlijke bespreking.

De Raad merkt terecht op dat de acceptatieplicht met zich brengt, dat ook personen verzekerd moeten worden van wie bij het sluiten van de verzekering reeds duidelijk is dat zij op korte termijn een beroep op de verzekering zullen doen. Het verzekerde risico heeft zich voor deze mensen op het moment waarop de verzekering tot stand komt, reeds voorgedaan. Dit staat echter niet aan het ontstaan van een geldige verzekering in de weg. Artikel 7.17.1.1 BW vergt namelijk onzekerheid ten aanzien van de uit de verzekering te betalen uitkering. In het hierboven gegeven voorbeeld is duidelijk dat de zorgverzekeraar tot een uitkering gehouden zal zijn, maar de hoogte daarvan staat op het moment waarop de verzekering wordt aangegaan, nog niet vast. Daarmee is het element van onzekerheid ten aanzien van de uitkering in voldoende mate aanwezig (zie ook pagina 5 van de artikelsgewijze toelichting op het wetsvoorstel tot vaststelling van titel 7.17 (verzekering) en titel 7.18 (lijfrente) van het nieuwe BW, Kamerstukken II 1985/86, 19 529, nr. 3).

Moeilijker ligt dit bij de «zorgverzekering met terugwerkende kracht» waar artikel 5, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet in voorziet: indien de zorgverzekering van een verzekeringsplichtige binnen vier maanden na het ontstaan van die verzekeringsplicht wordt gesloten, werkt de zorgverzekering tot en met de datum van het ontstaan van de verzekeringsplicht terug. Op zich is het mogelijk een verzekering met terugwerkende kracht te sluiten, mits op het moment van sluiten van de verzekering de verzekeringnemer er niet van op de hoogte is dat ten gevolge van het eerder optreden van het verzekerde risico recht op een prestatie zal bestaan (zie ook pagina 5 van de zojuist genoemde toelichting). Veelal zal het een verzekeringnemer die zichzelf (als hij uit het buitenland komt) of zijn pasgeboren kind wil verzekeren, echter wel duidelijk zijn of in de periode waarover de verzekering terugwerkt, behoefte aan zorg heeft bestaan. Toepasselijkheid van artikel 7.17.1.1 BW zou in dit geval tot de conclusie leiden dat de desbetreffende zorg niet verzekerd zou kunnen worden en derhalve niet voor rekening van de zorgverzekeraar zou komen. Omdat ik dit niet wenselijk vind, is reeds in artikel 5, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet, zoals dat aan de Raad van State is voorgelegd, uitdrukkelijk bepaald dat dat lid «zonodig in afwijking van artikel 7.17.1.1 BW» geldt. Zoals reeds in de toelichting op laatstgenoemd artikellid is opgenomen, is de regering van mening dat aan het aan een verzekering inherente element van onzekerheid hiermee in zo geringe mate afbreuk wordt gedaan (de onzekerheid bestaat immers in ieder geval vanaf het sluiten van de zorgverzekering) dat niet gesteld kan worden dat de zorgverzekering het karakter van private verzekering komt te ontberen.

Hieraan wil ik nog het volgende toevoegen. Gegeven de noodzaak burgers enige tijd te geven om zichzelf of hun (pasgeboren) kinderen te verzekeren, zou het alternatief voor de terugwerkende kracht het opzetten van een afzonderlijke uitkeringsregeling zijn. Ten opzichte van de verzekering met terugwerkende kracht zou dit echter tot veel extra (administratieve) lasten voor verzekerden, verzekeraars, CVZ en VWS en bovendien tot een flinke hoeveelheid extra regels leiden, zonder dat daar voordelen voor de burger tegenover zouden staan. Ik acht een dergelijke regeling dan ook niet aantrekkelijk.

6. Verzekeringsplicht, begin en einde van de zorgverzekering en zorgplicht

Het wetsvoorstel kiest voor een privaatrechtelijke karakter van de verzekeringsovereenkomst. Een verzekeringsplichtige is niet meer van rechtswege verzekerd, zoals thans in de Zfw wel het geval is, maar heeft zelf de plicht zich (te laten) te verzekeren. Daarnaast geldt een acceptatieplicht voor de verze-

keraar. Dit samenstel van beleidskeuzen dwingt tot het nauwgezet voorschrijven van de handelingen die verricht moeten worden in het kader van de verzekerings- en acceptatieplicht, alsook van wat de gevolgen zijn wanneer de betrokken partijen daarin tekort schieten. Op deze aspecten hebben de volgende punten betrekking.

6.1. Verzekeringplicht

a. Voor aanwijzing van de verzekeringsplichtigen is aangesloten bij de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de daarop gebaseerde regelgeving. Een belangrijk verschil met de AWBZ is dat ingevolge die wet de verzekeringsplichtige van rechtswege verzekerd is. In de voorgestelde Zorgverzekeringswet (Zvw) is dat niet het geval. In het bijzonder voor degenen die voorheen Zfw-verzekerd waren is het wellicht niet vanzelfsprekend dat zij zelf het initiatief moeten nemen om aan de verzekeringsplicht te voldoen. De Raad adviseert aan te geven hoe verzekeringsplichtigen op de hoogte worden gebracht van hun verzekeringsplicht en aangespoord worden om zich te verzekeren.

b. De kring van verzekeringsplichtigen in het voorstel leidt ertoe dat personen die thans particulier verzekerd zijn voor de ziektekosten en die in het buitenland wonen, voortaan verplicht in Nederland verzekerd zullen zijn voor hun ziektekosten, terwijl zij zich thans wellicht ook in hun woonland kunnen verzekeren. Op zichzelf is een dergelijke benadering vanuit het sociale verzekeringsperspectief, alsmede in het kader van de toewijzingsregels in Verordening (EEG) nr. 1408/71 van de Raad van 14 juni 1971 betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op loontrekkende en hun gezinnen, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen (hierna: Verordening 1408/71) begrijpelijk. Het gevolg zal echter ook zijn dat bijvoorbeeld gepensioneerden die na hun pensionering zijn geëmigreerd, verplicht onder het Nederlandse ziektekostenverzekeringstelsel zullen vallen. De Raad vraagt zich af of deze consequentie is voorzien en of deze onder alle omstandigheden wenselijk wordt geacht.

De Raad adviseert aan deze situatie in de toelichting aandacht te besteden en zo nodig het voorstel op dit punt aan te passen.

c. In artikel 2, derde lid, is geregeld dat degene die het gezag uitoefent over een minderjarige jonger dan zestien jaar, ervoor zorgt dat deze minderjarige verzekerd is. In de toelichting wordt deze verbijzondering gemotiveerd door de vermelding dat de meeste minderjarigen van 16 jaar en ouder zelf wel een verzekering kunnen afsluiten¹. De Raad is van mening dat dit een onnodige en mogelijk verwarrende afwijking inhoudt van wat thans gebruikelijk is in het zorg dragen (en het afsluiten van (zorg)verzekeringen) voor minderjarigen. Bovendien staat het voorstel op gespannen voet met algemene bepalingen inzake handelingsbekwaamheid.

De Raad adviseert om artikel 2, derde lid, in beginsel te laten gelden voor alle minderjarigen, dus voor iedereen tot 18 jaar.

6.2. Begin en einde van de zorgverzekering

De zorgverzekering is een sociale verzekering. Dit betekent dat deze verzekering valt onder internationale regelingen, Verordening 1408/71 en de daarbijbehorende jurisprudentie. De artikelen 5 en 6 van het wetsvoorstel regelen het begin en het einde van de zorgverzekering. De Raad is van mening dat er op grond van deze bepalingen enkele gaten vallen tussen de verzekeringsplicht en het daadwerkelijk verzekerd zijn. Hij wijst in dit verband op het volgende.

a. In het voorstel is de verzekeringsplichtige niet van rechtswege verzekerd, maar dient deze, op grond van artikel 2, zelf een zorgverzekering af te (laten) sluiten. Artikel 5 geeft nadere bepalingen over de manier waarop dit dient te gebeuren, en over de gevolgen die (van rechtswege) aan de verschillende handelingen zijn verbonden. Onduidelijk is wat er gebeurt als een verzekerde of verzekeraar nalaat bepaalde handelingen te verrichten.

Artikel 6 geeft bepalingen over het einde van de zorgverzekering, onder andere vanwege geografische redenen. Er wordt van uitgegaan dat zowel de verzekeringsplichtige als de verzekeraar alle relevante informatie aan elkaar

¹ Memorie van toelichting, B Artikelsgewijze toelichting, paragraaf 2.1. De verzekeringsplicht.

doorgeven. Als dat niet gebeurt ontstaat een periode waarin onduidelijk is of iemand nog verzekerd is, en zo ja, hoe en bij wie. Handelingen van de verzekeringnemer en de verzekeraar zijn daardoor bepalend voor het al dan niet daadwerkelijk verzekerd zijn, maar het systeem van de wet ten aanzien van het begin en het einde van de zorgverzekering is niet sluitend als partijen nalaten deze handelingen te verrichten. Onduidelijk is hoe dit zich verhoudt tot de sterke werking van Verordening 1408/71 (coördinatieverordening) en wat in zulke situaties rechtens geldt. De Raad adviseert dit toe te lichten en het voorstel op dit punt zo nodig aan te passen.

b. Gelet op het karakter van de zorgverzekering acht de Raad het onontkoombaar dat gewaarborgd is dat aan een belanghebbende noodzakelijke medische zorg wordt verleend ook al gaat het om personen die om wat voor redenen dan ook niet verzekerd zijn. Het voorstel geeft niet aan voor wiens rekening die zorg komt, als belanghebbende om wat voor reden dan ook onverzekerd is. De Raad acht duidelijkheid hierover van belang, in het bijzonder voor de zorgaanbieders.

Concrete lacunes in de wet ziet de Raad bijvoorbeeld in artikel 5, vijfde lid, dat voorziet in terugwerkende kracht indien binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht alsnog een zorgverzekering ingaat. Onduidelijk is wat rechtens geldt als een verzekeringsplichtige niet-verwijtbaar heeft nagelaten een zorgverzekering te sluiten: met wie wordt de verzekeringsplichtige geacht een overeenkomst te hebben afgesloten en ten laste van wie komen de in de onverzekerde periode gemaakte zorgkosten?

Eenzelfde vraag doet zich voor als iemand verwijtbaar heeft nagelaten een zorgverzekering te sluiten. In zo'n geval volgt een sanctie, die bestaat uit het opgelegd krijgen van een boete en het zelf moeten voldoen van de gemaakte zorgkosten. Onduidelijk is ten laste van wie deze kosten komen als de verwijtbaar onverzekerde ze niet kan betalen.

Overigens is het in deze context van belang te beseffen dat de verzekeringsplichtige en de verzekeringnemer niet altijd dezelfde persoon zijn.

De Raad adviseert om nader in te gaan op de gevolgen van het niet-verzekerd zijn en het voorstel op dit punt aan te vullen.

c. Het is niet duidelijk wat de ratio is van artikel 3, vierde lid, van het wetsvoorstel. Daarin is bepaald dat een verzekeraar iemand niet hoeft te accepteren wiens verzekering binnen vijf jaar voorafgaand aan het verzoek tot verzekering wegens fraude door diezelfde verzekeraar is opgezegd. Voor een andere verzekeraar blijft de acceptatieplicht namelijk wel bestaan. De Raad adviseert deze bepaling nader te motiveren en zo nodig aan te passen.

d. Artikel 4, vijfde lid, vraagt van de vreemdeling een (kopie van een) document als bedoeld in artikel 9 Vreemdelingenwet. Ten aanzien van onderdanen van de Europese Unie en personen die een verblijfsstatus hebben op grond van het Gemeenschapsrecht (dit geldt op grond van de jurisprudentie ook voor de Associatie met Turkije) geldt dat zij de verblijfsstatus van rechtswege hebben.

De Raad adviseert hierop nader in te gaan.

Het is bovendien ten aanzien van de hiervoor genoemde personen niet toegestaan om aan het niet hebben van een dergelijke beschikking de consequentie te verbinden dat zij zich dan ook niet kunnen verzekeren. Bovendien zijn er ook vreemdelingen die niet in Nederland wonen en toch in Nederland verzekerd zijn. Zij kunnen evenmin zo'n beschikking overleggen. Een toelichting op dit punt ontbreekt.

De Raad adviseert het voorstel en de toelichting op dit punt aan te passen.

6.3. Zorgplicht

a. De Raad is van mening dat de zorgplicht van de zorgverzekeraar in artikel 11 niet voldoende concreet wordt omschreven. Onder meer is niet duidelijk wat de zorgplicht concreet inhoudt en tot hoever deze reikt. Dat geldt in het bijzonder voor polissen met verstrekkingen in natura. Is bijvoorbeeld het bestaan van wachtlijsten verenigbaar met de zorgplicht? Deze vraag wordt ook gesteld omdat het kunnen waarmaken van de zorgplicht door verzekeraars

mede afhankelijk is van regelgeving en beleid van de overheid, bijvoorbeeld inzake medische opleidingen en medische infrastructuur.

Ten tweede is de reikwijdte van het stelsel van zorgverzekeringen (en daarmee van de wet) niet duidelijk. Het staat vast dat het moet gaan om zorg gericht op de in artikel 10 genoemde risico's, maar over de aard en de wijzen waarop aan die zorgverplichting kan worden voldaan biedt het voorstel geen uitsluitel. De algemene wijze waarop de aanspraken zijn verwoord geeft de verzekeraars de ruimte om doelmatig te kunnen (onder)handelen, maar leidt tot onduidelijkheid voor de verzekerde over de rechten die hij aan het stelsel kan ontlenen en tot onzekerheid over de feitelijke betekenis van de in de wet gestelde publieke randvoorwaarden. Zorgverzekeraars kunnen immers op verschillende manieren aan hun zorgplicht voldoen. Zo kan aan de zorgplicht invulling worden gegeven met (duurdere) behandelingen in privé-klinieken. Volgens de Raad dient buiten twijfel te zijn welke verzekeringsovereenkomsten nog als zorgverzekering in de zin van de Zvw kunnen worden aangemerkt, zodat ook duidelijk is voor welke overeenkomsten de verschillende publiekrechtelijke randvoorwaarden, zoals de acceptatieplicht, gelden. De Raad adviseert in de toelichting in te gaan op de beoogde reikwijdte van het zorgstelsel en deze tevens in het voorstel zelf te verankeren.

b. Verzekeraars mogen hun bedrijfsvoering zodanig inrichten dat er winst kan ontstaan. Ook verzekeraars kunnen failliet gaan. Een faillissement van een verzekeraar zal ingrijpende gevolgen hebben voor verzekerden en aanbieders van zorg, die in dat geval niet meer in aanmerking komen voor vergoeding van geleverde zorg.

Artikel 31 van het voorstel bepaalt dat het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) de vorderingen die verzekerden op een failliete verzekeraar hebben, volledig voldoet. In de toelichting wordt uitgelegd waarom, anders dan nu in artikel 1t Zfw is bepaald, vorderingen van zorgaanbieders niet meer door het CVZ zullen worden voldaan. De Raad kan de redenering op dit punt niet onderschrijven, omdat ook in de Zvw sprake zal zijn van gecontracteerde aanbieders die hun rekeningen voor geleverde zorg direct aan de verzekeraars zullen zenden. De toelichting gaat er aan voorbij dat (gecontracteerde) aanbieders kunnen worden meegesleurd in het faillissement van de verzekeraar met wie zij een contract hebben. Voorts is geen aandacht besteed aan de vraag wat aanbieders geacht worden te doen ingeval zij verzekerden van een failliete verzekeraar reeds in behandeling hebben of deze zich bij hen melden voor een ingrijpende behandeling.

De Raad adviseert de positie van zorgaanbieders ingeval van faillissement van een verzekeraar in het wetsvoorstel te heroverwegen.

Verzekerden bij een failliete verzekeraar zullen zich elders moeten gaan verzekeren. Het is niet gezegd dat de overige verzekeraars de toestroom van zoveel verzekerden in een keer kunnen opvangen. De Raad wijst er op dat zo'n toestroom kan leiden tot solvabiliteitsproblemen voor verzekeraars, en tot het niet kunnen voldoen aan hun zorgplicht omdat zij bij het contracteren van aanbieders van minder verzekerden zijn uitgegaan.

De verzekerden hebben in deze situatie geen garantie dat zij elders onder nader te bepalen voorwaarden onderdak kunnen krijgen. De Raad geeft in overweging hierin alsnog te voorzien.

De Raad adviseert in te gaan op de gevolgen voor verzekerden en aanbieders van zorg van een faillissement van een verzekeraar en het voorstel zo nodig aan te passen.

6. Verzekeringsplicht, begin en einde van zorgverzekering en zorgplicht

6.1.a In het algemeen deel van de toelichting is alsnog aangegeven hoe er in zal worden voorzien dat de huidige ziekenfonds- en particulier verzekerden, alsmede degenen die aangesloten zijn bij een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren, bij de overgang naar een nieuw verzekeringsstelsel goed zullen worden voorgelicht. Tevens zullen maatregelen worden genomen om te voorkomen dat mensen onverzekerd raken.

6.1.b De Raad merkt op dat het wetsvoorstel ertoe leidt dat een aantal categorieën van personen die in het buitenland wonen, zoals personen die

thans particulier verzekerd zijn en gepensioneerd die na hun pensionering zijn geëmigreerd, verplicht onder het Nederlandse ziektekostenverzekeringsstelsel zullen komen te vallen. De Raad vraagt zich af of deze consequentie is voorzien en of deze onder alle omstandigheden wenselijk wordt geacht. De Raad adviseert in de toelichting aan deze situatie aandacht te besteden en zo nodig het voorstel op dit punt aan te passen.

Het algemeen deel van de toelichting is op dit punt aangepast. Het wetsvoorstel is niet aangepast, omdat de verzekeringsplicht (van in Nederland werkende personen), respectievelijk het recht op medische zorg in het woonland ten laste van Nederland van personen die in het buitenland wonen (voor rechthebbenden op een Nederlands pensioen), rechtstreeks het gevolg is van de internationale socialezekerheidsregelgeving. Dat is een gegeven dat tot op heden wordt onderschreven door alle EU-lidstaten, respectievelijk alle landen waarmee Nederland een socialezekerheidsverdrag heeft gesloten. Het kabinet ziet geen aanleiding om dit internationaal vastgelegde uitgangspunt te wijzigen.

6.1.c De leeftijdsgrens voor de verzekeringsplicht was in het wetsvoorstel gesteld op 16 jaar, overeenkomstig de leeftijd vanaf welke men op grond van Boek 7, titel 7, afdeling 5, van het BW (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst) een behandelingsovereenkomst kan aangaan. Overgenomen is het advies van de Raad om met de leeftijdsgrens voor de verzekeringsplicht aan te sluiten aan algemene bepalingen inzake handelingsbekwaamheid en deze te stellen op achttien jaar. Wettekst en artikelsgewijze toelichting zijn hiertoe aangepast.

6.2.a De Raad vraagt wat er gebeurt als de verzekeringsplichtige of de zorgverzekeraar de in artikel 5 beschreven handelingen, nodig voor het totstandkomen van een zorgverzekering nalaat. Deze vraag kan als volgt worden beantwoord:

Als de verzekeringsplichtige bij de zorgverzekeraar geen verzoek tot het sluiten van een zorgverzekering doet of, indien de zorgverzekeraar meerdere varianten van de zorgverzekering aanbiedt, geen keuze voor een bepaalde variant kenbaar maakt, komt geen zorgverzekering tot stand (art. 5, eerste lid);

Als de verzekeringsplichtige bij zijn verzoek tot het sluiten van een (bepaalde variant van) de zorgverzekering voldoende gegevens voegt, komt de zorgverzekering met ingang van de dag van indienen van het verzoek tot stand (art. 5, eerste lid);

Als de verzekeringsplichtige bij zijn verzoek tot het sluiten van een zorgverzekering zo weinig gegevens voegt, dat de verzekeraar niet na kan gaan om welke verzekerde het zal gaan en of deze aspirant verzekerde wel verzekeringsplichtig is, komt de zorgverzekering niet tot stand. De verzekering komt pas tot stand nadat de verzekeringsplichtige deze gegevens alsnog heeft aangeleverd, en wel met ingang van de dag waarop hij dat heeft gedaan (art. 5, tweede lid);

Het niet verstrekken van de bewijzen, bedoeld in artikel 5, derde lid, heeft voor de totstandkoming van de verzekering of de dag met ingang waarvan dat gebeurt, geen gevolgen. Daarvoor zijn het eerste en tweede lid bepalend. De bewijzen strekken slechts tot ontvangstbevestiging aan de (aspirant-)verzekeringnemer of de (aspirant-)verzekerde. Hij kan eruit afleiden dat zijn verzoek in behandeling is. Voorts kan hij eruit afleiden wanneer zijn verzekering ingaat, vooropgesteld uiteraard dat er een geldige verzekering totstandkomt. Dit laat uiteraard onverlet dat de zorgverzekeraar de informatie op het bewijs vrijwillig uit kan breiden. Zou hij op het bewijs, bedoeld in artikel 5, derde lid, onderdeel a, bijvoorbeeld vermelden dat hij weliswaar een verzoek heeft ontvangen, maar dat hij de (aspirant-)verzekeringnemer om nadere informatie heeft gevraagd, dan kan de (aspirant-)verzekeringnemer daaruit afleiden dat de verzekering nog niet tot stand is gekomen.

Naar aanleiding van de opmerkingen van de Raad is de aanhef van het derde lid gewijzigd. Deze aanhef wekte namelijk ten onrechte de indruk dat de bewijzen slechts werden verstrekt nadat de verzekering tot stand was gekomen. Voorts is de artikelsgewijze toelichting op artikel 5, derde lid, uitgebreid.

Wat betreft 's Raads opmerkingen bij artikel 6: de verzekering eindigt van rechtswege met ingang van de dag volgende op de dag waarop één van de in het eerste lid genoemde omstandigheden, of de in het tweede lid genoemde omstandigheid zich voordoet. Dit geldt derhalve ook indien de zorgverzekeraar en verzekeringnemer elkaar van het intreden van een dergelijke omstandigheid niet op de hoogte hebben gebracht. Wel kan het niet voldoen aan de informatieverplichtingen van artikel 6, derde tot en met vijfde lid, leiden tot schadeplichtigheid van de partij die niet aan haar verplichtingen heeft voldaan. Naar mijn mening is dit reeds voldoende duidelijk in de artikelsgewijze toelichting uiteengezet.

De Raad vraagt toe te lichten hoe de bepalingen inzake begin en einde van de verzekering zich verhouden met de sterke werking van de Europese sociale-zekerheidsverordening (en andere verdragen inzake sociale zekerheid). Het beginsel van de sterke werking houdt in dat wanneer iemand onder een tak van sociale zekerheid van een lidstaat of een verdragsluitende staat valt, diegene ook onder de werking van de andere takken van sociale zekerheid van die lidstaat of die verdragstaat valt. Een lidstaat of een verdragstaat kan derhalve niet rechtsgeldig bepalen dat iemand uitsluitend onderworpen is aan de werkloosheidswetgeving van die staat en niet onderworpen is aan de ziektekostenverzekeringwetgeving van die staat. Een zodanige bepaling zou moeten wijken voor het verdragsrechtelijke beginsel van de sterke werking. Van belang bij het beginsel van de sterke werking, en in zijn algemeenheid bij het verdragenrecht inzake de toepasselijke wetgeving is, dat de toepasselijkheid van de wetgeving van een staat nog niet automatisch inhoudt dat iemand ook verzekerd is ingevolge die wetgeving. Indien bijvoorbeeld iemand in het huidige verzekeringsstelsel onder de Nederlandse wetgeving valt, wil dat nog niet zeggen dat zo iemand dan ziekenfondsverzekerde is. Nodig blijft altijd dat men voldoet aan de voorwaarden die voor het ontstaan van verzekering gesteld zijn in de wetgeving die van toepassing is. Slechts een eventueel in de wetgeving gestelde woonplaatseis mag ingevolge genoemde sterke werking niet aan betrokkenen worden tegengeworpen. Overige verzekeringsvoorwaarden blijven onverkort gelden. Zo dient iemand om ziekenfondsverzekerd te zijn, te voldoen aan de eis betreffende de loon- of inkomensgrens. In het nieuwe verzekeringsstelsel zal iemand die onder de Nederlandse wetgeving valt, moeten voldoen aan de voorwaarden die in de Zorgverzekeringswet gesteld zijn over de totstandkoming van een verzekering. Met andere woorden, zo iemand zal eerst een zorgverzekering moeten sluiten om verzekerd te worden.

6.2.b Overeenkomstig het advies van de Raad is in het algemeen deel van de toelichting verduidelijkt dat wanneer iemand nalaat een zorgverzekering te sluiten, de kosten voor eventueel noodzakelijke zorg voor rekening van hemzelf komen, een consequentie die volledig overeenkomt met die welke thans geldt in de particuliere ziektekostenverzekering en in het verleden in de vrijwillige- en de bejaardenziekenfondsverzekering. Indien iemand, omdat hij geen zorgverzekering heeft gesloten, niet in staat is de rekening van een zorgaanbieder te betalen of door het betalen van de rekening in zodanige omstandigheden verkeert of dreigt te geraken dat hij niet over de middelen beschikt om in de noodzakelijke kosten van het bestaan te voorzien, kan hij een beroep doen op bijstand op grond van de Wet werk en bijstand. Het is denkbaar, hoewel niet erg gebruikelijk, dat een zorgaanbieder niet bereid is de gewenste zorg te leveren aan iemand die niet verzekerd is en die niet in staat is contant te betalen dan wel zekerheid te stellen voor betaling van de kosten. Dit zal zich echter alleen voor kunnen doen bij niet-spoedeisende zorg. Het is goede praktijk en in verband met artikel 450 van het Wetboek van Strafrecht zelfs een wettelijke verplichting hulp te verlenen indien er sprake is van ogenblikkelijk levensgevaar, ongeacht de mogelijkheden van betrokkene om te betalen. Voor zover het gaat om niet-spoedeisende zorg, kan betrokkene alsnog eerst een zorgverzekering sluiten. De zorgaanbieder die zijn rekening voor de verleende spoedeisende hulp niet betaald krijgt, kan invorderingsmaatregelen treffen; indien de vordering oninbaar blijkt, zal hij die moeten afschrijven.

6.2.c In de artikelsgewijze toelichting is uitgelegd dat een zorgverzekeraar die iemand wegens fraude de verzekering heeft opgezegd, gedurende vijf jaar

jegens die persoon geen acceptatieplicht heeft omdat in dat geval de vertrouwensrelatie tussen de verzekeraar en de betrokkene zodanig geschonden kan zijn dat het niet realistisch is de verzekeraar te verplichten hem onmiddellijk na de opzegging opnieuw te accepteren.

Overigens is om dezelfde reden de reikwijdte van artikel 3, vierde lid, uitgebreid met gevallen waarin de verzekering is opgezegd of ontbonden wegens het niet betalen van de premie.

6.2.d Aan het verzoek van de Raad nader in te gaan op de verblijfsstatus van onderdanen van de Europese Unie en personen die een verblijfsstatus hebben op grond van het Gemeenschapsrecht, is in de artikelsgewijze toelichting op artikel 4, vijfde lid, tegemoet gekomen.

Verder merkt de Raad op dat er ook vreemdelingen zijn die niet in Nederland wonen en toch in Nederland verzekerd zijn. Kennelijk doelt de Raad op personen die geen ingezetene zijn, doch die ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de Nederlandse loonbelasting zijn onderworpen. Die mensen zijn op die grond verzekerd voor de AWBZ en daarom verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet. Deze zogeheten grensarbeiders hebben ingevolge het Vreemdelingenbesluit geen verblijfsvergunning voor bepaalde tijd nodig. Daarom is het bepaalde in artikel 4, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet niet op hen van toepassing. De wettekst is derhalve niet aangepast, maar wel de artikelsgewijze toelichting, aangezien deze, gezien de vraagstelling door de Raad, verduidelijking behoeft.

6.3.a De Raad is van mening dat de zorgplicht van de zorgverzekeraars in artikel 11 niet voldoende concreet wordt omschreven en stelt daarbij de vraag of het bestaan van wachtlijsten verenigbaar is met de zorgplicht, in het bijzonder wanneer het betreft polissen met verstrekkingen in natura.

Ik ben van mening dat artikel 11 van het wetsvoorstel een zekere mate van flexibiliteit in de prestatieverlening toelaat, maar dat die bepaling wel gelezen moet worden in samenhang met de daarop gegeven toelichting. Daarin wordt gesteld dat «als het naturamodel is overeengekomen de verzekerden, tenzij daarover specifiek iets anders is overeengekomen, in voorkomend geval terstond levering van de zorg kunnen vorderen, zij het uiteraard met inachtneming van de eisen van redelijkheid en billijkheid. De zorgverzekeraar zal bij het maken van afspraken met zorgaanbieders daarmee rekening moeten houden.

Bij het bepalen van het tijdstip waarop de verzekerde in een concreet geval zonodig een bepaalde prestatie van de zorgverzekeraar kan vorderen, spelen allerlei factoren een rol. De aard van de overeengekomen prestatie, maar ook alle omstandigheden van ieder concreet geval, zoals de gezondheidstoestand van de patiënt en diens antecedenten, kunnen van belang zijn. Uiteraard spelen ook de ter zake geldende jurisprudentie en de hieromtrent door de zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf ontwikkelde normen een belangrijke rol.» Verwezen wordt hierbij naar het arrest van het Hof van Justitie in de zaak Smits/Peerbooms C-157/99, 12 juli 2001 en de zogenaamde Treeknormen waarin de zorgaanbieders en zorgverzekeraars streefnormen hebben geformuleerd waarbinnen voor de verzekerden de verzekerde zorg beschikbaar moet zijn. De toelichting vervolgt: «Uitzonderlijke situaties van overmacht daar gelaten, zal het resultaat in alle gevallen zijn dat de verzekerde de zorg krijgt waaraan hij behoefte heeft, en dat de zorgverzekeraar de kosten daarvan voor zijn rekening neemt. Tot het onmogelijke is echter ook een zorgverzekeraar niet gehouden. Als eenvoudigweg geen arts te vinden is die de verzekerde zorg kan verlenen, kan van een zorgverzekeraar niet worden verlangd dat hij toch regelt dat zijn verzekerden die zorg kunnen ontvangen. Op de zorgverzekeraar rust de verplichting om in voorkomend geval aan te tonen dat het onmogelijk is de verzekerde zorg voor zijn verzekerden te organiseren.»

Ik ben van mening dat met de hiervoor weergegeven toelichting, de in het wetsvoorstel opgenomen bepaling, die overigens in haar strekking overeenkomt met de verplichting tot levering van zorg in natura van de huidige Zfw, voldoende concreet is om verzekerden duidelijkheid te geven over de vraag wat zij van hun zorgverzekeraar mogen verwachten. Daar komt nog bij dat het wetsvoorstel erin voorziet dat de zorgverzekeraars ieder model zorgpolis dat zij willen gaan voeren aan het CTZ dienen te overleggen, zodat er ook van die zijde controle is op de vraag of er door de zorgverzekeraars

voldoende invulling is gegeven aan de wettelijke voorschriften omtrent de inhoud van de zorgverzekering. De wet, die uitging van overlegging aan het CVZ, is in die zin aangepast, dat de modelovereenkomsten aan het CTZ moeten worden overgelegd. Voorts is het algemeen deel van de toelichting in bovengenoemde zin aangepast.

6.3.b De Raad adviseert de positie van zorgaanbieders in geval van faillissement van een zorgverzekeraar te heroverwegen. Hij wijst er daarbij terecht op dat ook in de Zorgverzekeringswet sprake zal zijn van gecontracteerde zorgaanbieders die hun rekeningen voor geleverde zorg direct aan de zorgverzekeraar zullen sturen.

De Zorgverzekeringswet beoogt te waarborgen dat kwalitatief goede en noodzakelijke medische zorg voor de gehele bevolking (financieel) toegankelijk is. De wet kent daarbij een belangrijke rol toe aan met elkaar om de gunst van verzekeringsplichtigen concurrerende zorgverzekeraars en met elkaar om de gunst van zorgverzekeraars en verzekeringsplichtigen concurrerende zorgaanbieders.

In geval door een zorgaanbieder op basis van een tussen hem en de zorgverzekeraar gesloten overeenkomst aan een verzekerde zorg is verleend, is daarmee het wettelijke oogmerk bereikt; de verzekerde heeft de noodzakelijke zorg ontvangen. Voor de verzekerde die op grond van de met de zorgverzekeraar gesloten zorgverzekering zelf een zorgaanbieder heeft gezocht en daarvoor in juridische zin zelf de rekening ontvangt, die de zorgverzekeraar vervolgens aan hem of voor hem betaalt, zou aan de beoogde wettelijke waarborg afbreuk worden gedaan als hij die vergoeding niet zou ontvangen door faillissement van de zorgverzekeraar. Daarom voorziet artikel 31, eerste lid, er in dat het CVZ zonodig de vergoeding aan verzekerde betaalt.

In de gekozen opzet van het stelsel staat de verhouding zorgverzekeraar/verzekerde en daarmee de verzekeringsovereenkomst centraal; de wet laat de zorgverzekeraar in principe vrij in de wijze waarop hij ervoor zorgt dat zijn verzekerden de verzekerde prestaties krijgen, indien het verzekerde risico is ingetreden. In verband daarmee wordt thans niet langer aanleiding gezien om in de verzekeringswetgeving te waarborgen dat door de zorgverzekeraar ingeschakelde zorgaanbieders te allen tijde betalingszekerheid hebben; daarmee bevinden deze zich in dezelfde positie als andere crediteuren van de zorgverzekeraar.

De Raad meent dat de toelichting er aan voorbij gaat dat zorgaanbieders daardoor kunnen worden meegesleurd in het faillissement van een zorgverzekeraar. Voorop zij gesteld dat het risico dat zorgaanbieders te maken krijgen met een faillerende zorgverzekeraar zeer beperkt is. Voorts is van belang dat de zorgaanbieders veelal overeenkomsten zullen sluiten met meerdere zorgverzekeraars, zodat een deconfiture van een zorgverzekeraar niet direct hetzelfde gevolg voor de zorgaanbieder zal hoeven te hebben. Voorts is het aan de zorgaanbieders om in de overeenkomsten met de zorgverzekeraars afspraken te maken over de wijze en het tijdstip van betalen en eventueel bevoorschotten. Het risico op meegesleurd worden in het faillissement van een zorgverzekeraar is naar mijn mening dermate gering dat er geen reden is in de verzekeringswetgeving hiervoor een daarin slecht passende voorziening te treffen. Wel is de artikelsgewijze toelichting in verband met het voorgaande verduidelijkt.

Tot slot merkt de Raad onder dit punt op dat er geen aandacht is besteed aan de vraag wat zorgaanbieders geacht worden te doen in geval zij verzekerden van een failliete zorgverzekeraar reeds in behandeling hebben of deze zich bij hen melden voor een ingrijpende behandeling. Voor de goede orde zij opgemerkt dat dit slechts een probleem zou kunnen zijn in geval betrokkene een zorgverzekering heeft die hem recht geeft op de prestatie in natura. Het meest voor de hand liggend is uiteraard dat een zorgaanbieder die weet dat een zorgverzekeraar met wie hij een overeenkomst heeft gesloten, niet langer in staat zal zijn de kosten van de zorg aan diens verzekerden te betalen, met deze zorgverzekeraar in overleg treedt ten einde te bewerkstelligen dat de verzekerdenportefeuille wordt overdragen aan een andere zorgverzekeraar. Verder kan de zorgaanbieder de verzekerden die zich tot hem wenden voor zorg, op de hoogte stellen van de situatie, voor zover zij daarvan nog geen

weet hebben. De verzekerden kunnen dan zo snel mogelijk elders een zorgverzekering sluiten. Zoals hiervoor aangegeven, zal medisch noodzakelijke zorg steeds moeten worden verleend.

Gevolg is gegeven aan het advies van de Raad om in het algemeen deel van de toelichting in te gaan op de situatie die voor de verzekerden ontstaat in geval van faillissement van hun zorgverzekeraar. Afgezien is van een aanpassing van de tekst van het wetsvoorstel om de volgende redenen. In de eerste plaats lijken de zorgen van de Raad over de opvang van verzekerden in geval van faillissement van hun zorgverzekeraar voort te vloeien uit de gedachte dat er slechts een klein aantal zorgverzekeraars op de markt actief zal zijn. Eerder in dit nader rapport is al aangegeven dat ik in dit opzicht geen enkele aanleiding zie te veronderstellen dat er in het nieuwe verzekeringsstelsel sprake zal zijn van een klein aantal zorgverzekeraars. Er is derhalve geen aanleiding om te vrezen dat bij een faillissement van een zorgverzekeraar al diens verzekerden naar een enkele andere zorgverzekeraar zullen toestromen zodat die plotseling met een solvabiliteitsprobleem te kampen zou krijgen. In de tweede plaats mag toch wel gesteld worden dat de eventualiteit van het faillissement van een zorgverzekeraar in hoge mate een theoretische aangelegenheid is gelet op het toezicht dat op die verzekeraars vanwege de Pensioen- & Verzekeringskamer (PVK) wordt uitgeoefend.

In de derde plaats, ten slotte, geldt dat in het geval van een faillissement van een zorgverzekeraar een bijzondere situatie ontstaat met betrekking tot het veranderen van zorgverzekeraar. Uiteraard gaat het hier om een zeer onwaarschijnlijke situatie gezien het toezicht dat op de financiële situatie van de zorgverzekeraars wordt uitgeoefend. Wanneer een faillissement zich nochtans toch zou voordoen, kunnen verzekerden onderdak vinden bij iedere andere zorgverzekeraar. Om te voorkomen dat zo'n andere zorgverzekeraar in solvabiliteitsproblemen zou komen door een plotselinge toevloed van een groot aantal verzekerden kan een bijzondere uitkering worden gedaan uit het vereveningsfonds. Het algemeen deel van de toelichting en de artikelsgewijze toelichting is op dit punt aangevuld.

7. Het verzekerde pakket

In artikel 10, aanhef, wordt gesproken over de «behoefte» aan de zorg, onderzoek etc. Deze term keert terug in de artikelen 11, eerste lid, onder a, en 14, eerste lid. Gezien de criteria waaraan het verzekerde pakket getoetst wordt («noodzakelijke zorg, werkzame zorg, doelmatige zorg en zorg die niet voor eigen rekening kan komen»¹), is de Raad van mening dat het beter is te spreken van de «noodzaak» tot het ontvangen van zorg². De formulering van artikel 10 zou dan als volgt kunnen luiden: De zorgverzekering geeft dekking terzake de volgende vormen van noodzakelijke zorg. De Raad adviseert de formulering in de wettekst en in de toelichting te wijzigen.

Voorts bepaalt artikel 14, eerste lid, dat slechts op basis van «zorginhoudelijke criteria» beoordeeld kan worden of een verzekerde aan een bepaalde vorm van zorg of andere dienst behoefte heeft. De toelichting op dit artikel stelt dat met »zorginhoudelijke criteria» wordt bedoeld dat in deze beoordeling slechts de zorgbehoefte van de verzekerde mag worden afgezet tegen de beschikbare mogelijkheden om in die behoefte te voorzien. De zorgverzekeraar krijgt een grote rol bij het bepalen van de zorgindicaties.

De Raad is van mening dat de vraag of iemand al dan niet zorg heeft bij uitstek een medisch-inhoudelijke vraag is. Vervolgens dient op eveneens medisch-inhoudelijke criteria te worden bepaald welke behandel-mogelijkheden aangewezen zijn.

De Raad adviseert in het voorstel strikter dan thans gebeurt aan te geven wat zorginhoudelijk criteria zijn en wie die mag toepassen.

7. Het verzekerde pakket

Het advies van de Raad om de aanhef van artikel 10 als volgt te laten luiden «De zorgverzekering geeft dekking terzake de volgende vormen van noodzakelijke zorg (...)» neem ik om de volgende redenen niet over. Allereerst geeft een verzekering dekking tegen een bepaald risico (het verzekerde risico). Bij een

¹ Memorie van toelichting, Hoofdstuk V onder d, het verzekerde pakket.

² Memorie van toelichting, Hoofdstuk V onder d, De verzekerde zorgvorm.

zorgverzekering is dit niet «zorg», maar de behoefte aan zorg (van de verzekerde). Overname van het voorstel van de Raad zou derhalve leiden tot een onjuiste weergave van het te verzekeren risico. Bovendien zou de redactie van de Raad verwarring kunnen wekken over de verhouding tussen de artikelen 10 en 11. Die verhouding is deze, dat artikel 10 bepaalt welk risico moet intreden, wil recht op een prestatie uit de zorgverzekering kunnen bestaan (het verzekerde risico), terwijl bij en krachtens artikel 11 wordt bepaald op welke prestaties aanspraak bestaat, gegeven dat het verzekerde risico is ingetreden (het verzekerde pakket). Daarbij hoeft het niet zo te zijn, dat de prestatie geheel in de behoefte voorziet. Overname van de bewoordingen van de Raad zou aanleiding kunnen geven tot discussies over de vraag of in artikel 10 niet toch iets wordt geregeld over de omvang van de dekking, dat wil zeggen van het verzekerde pakket (en wel, dat aanspraak bestaat op de volledige daar genoemde zorg, voor zover noodzakelijk). Het voorgaande brengt met zich dat de woorden «de behoefte aan» in de aanhef van artikel 10 niet gemist kunnen worden.

Wat betreft opname van het woord «noodzakelijk» in de aanhef van artikel 10, het volgende. Mede gezien het voorgaande, zou bij opname van dit woord in artikel 10 geregeld worden, dat het verzekerde risico is: de behoefte aan (in artikel 10 opgesomde vormen van) noodzakelijke zorg. Ik deel de opvatting van de Raad dat de zorgverzekering niet moet voorzien in levering of vergoeding van niet noodzakelijke zorg. Anders dan de Raad ben ik echter van mening dat het noodzakelijkheidsvereiste niet moet worden toegepast op het verzekerde risico (art. 10) maar op het verzekerde pakket (art. 11). Anders gezegd: voor de vraag of het verzekerde risico is ingetreden, is slechts van belang of de verzekerde behoefte heeft aan één van de in artikel 10 opgesomde vormen van zorg (of overige diensten), ongeacht de vraag of deze zorg noodzakelijk is of niet. In de algemene maatregel van bestuur grond van artikel 11 zal vervolgens geregeld worden dat niet-noodzakelijke zorg niet tot het verzekerde pakket en derhalve niet tot de prestaties uit de verzekering behoort.

De vraag of iemand zorg heeft, is inderdaad voornamelijk een medisch-inhoudelijke vraag. Toch is in artikel 14, eerste lid, voor de clausule «zorginhoudelijke criteria» in plaats van voor «medisch-inhoudelijke» criteria gekozen. De reden hiervoor is dat soms – bijvoorbeeld bij verzorging, verpleging, verblijf en vervoer – ook andere zorgcriteria dan louter medisch-inhoudelijke, een rol kunnen spelen. Zo kan het oordeel van een verpleegkundige van belang zijn bij de vraag of iemand op een bepaalde vorm van verpleging of verzorging is aangewezen. Dit is in de toelichting op artikel 14 uiteengezet. Ik ben het met de Raad eens dat de toelichting op artikel 14 teveel in het midden laat, wie de zorginhoudelijke criteria toepast. De artikelsgewijze toelichting is dan ook in die zin aangepast, dat duidelijk is dat de zorgverzekeraar zich in dezen door het oordeel van zorgaanbieders laat leiden. Indien hij in de polis heeft bepaald dat een bepaalde vorm van zorg slechts verstrekt of vergoed zal worden nadat hij toestemming heeft gegeven, betekent dit, dat hij zich voor de beantwoording van de vraag of deze verzekerde gezien zorginhoudelijke criteria op deze zorg is aangewezen, zal moeten laten adviseren door bij hem in dienst zijnde of anderszins gecontracteerde zorginhoudelijk deskundigen, bijvoorbeeld verzekeringsartsen.

8. Buitenlandproblematiek

Het voorstel knoopt voor de inkomensafhankelijke bijdrage aan bij het fiscale loon en inkomen. De toewijzingsregels voor de loon- en inkomstenbelasting lopen echter niet in alle gevallen parallel aan die van Verordening 1408/71. Het gevolg daarvan is dat er situaties voorkomen waarin Nederland als lidstaat van verzekering is aangewezen terwijl er geen in Nederland belastbaar loon of inkomen is. Het voorstel voorziet er niet in dat in zulke gevallen op basis van het in het buitenland belaste inkomen een verschuldigde premie wordt geheven. De Raad adviseert daarin alsnog te voorzien.

In het verlengde van het voorgaande ziet de Raad niet in waarom de afwijkende regeling in artikel 69 noodzakelijk zou zijn. In het buitenland woonachtige verzekerden kunnen zich gewoon bij een verzekeraar laten verzekeren. Het feit dat een verzekerde in een andere lidstaat woont ontnemt de belastingdienst niet de mogelijkheid om de bijdrage in het buitenland te innen. Het gaat ook bij de bijdrage immers om een socialeverzekeringspremie

die valt onder Verordening 1408/71. Die verordening bevat bepalingen over gegevensuitwisseling om tot een juiste heffing te komen (artikel 84) en bepalingen over wederzijdse bijstand bij de invordering (artikel 92). Er is daarom naar het inzicht van de Raad geen reden om tot een andere heffing en een ander heffingssysteem te komen dan voor de andere verzekerden al geldt. Bij de nu gekozen opzet bestaat het risico dat de verzekerden die in het buitenland wonen of te veel (verboden discriminatie) of te weinig premie betalen. De Raad adviseert deze bepalingen aan te passen.

8. Buitenlandproblematiek

De Raad merkt op dat in het wetsvoorstel niet is voorzien in de heffing van inkomensafhankelijke bijdragen van in een andere EU-lidstaat of een verdragsland woonachtige gepensioneerden die op grond van de Verordening 1408/71 of een verdrag medische zorg ontvangen ten laste van Nederland. Een dergelijke voorziening is niet nodig omdat de Verordening zelf in artikel 33 in de mogelijkheid voorziet om bijdragen te heffen van de genoemde categorie gepensioneerden. Deze heffing geschiedt overeenkomstig de betrokken wettelijke regeling, in dit geval de Nederlandse Zorgverzekeringswet. Een afwijking is voorzien wat betreft de nominale premie. De reden daarvoor is hieronder weergegeven.

De opmerking van de Raad dat in het buitenland wonende rechthebbenden op pensioen of rente en hun gezinsleden zich gewoon bij een zorgverzekeraar kunnen verzekeren, lijkt voorbij te gaan aan de verdragsrechtelijke situatie dat deze betrokkenen in hun woonland van de buitenlandse zorginstanties zorg krijgen overeenkomstig het daar geldende wettelijke pakket. Een Nederlandse zorgverzekeraar speelt derhalve in deze situatie geen enkele rol in zorgverlenend opzicht. Noch wat betreft de vorm van de verzekering (natura of restitutie), noch wat betreft de inhoud (invulling van de functiegerichte aansprakenomschrijving, wel of niet eigen risico), noch wat betreft mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de wijze van zorgverlening. In mijn visie past het niet in het beoogde concurrerende stelsel om zorgverzekeraars te belasten met de uitvoering van een zorgverzekering wanneer zij op de zorgconsequenties daarvan geen invloed kunnen uitoefenen. Gekozen is daarom voor een «marktneutrale» oplossing waarbij, evenals dat destijds het geval was bij de vrijwillige- en de bejaardenziekentfondsverzekering, de betrokkenen voor hun «verdragsverzekering» een nominale premie in rekening wordt gebracht die is gebaseerd op het gemiddelde van de in Nederland geldende premies. De uitvoering van die verzekering, waartoe behoort de verrekening met het buitenland van de kosten die de betrokkenen maken voor hun medische zorg, wordt opgedragen aan het buiten de verzekeringsmarkt staande CVZ, dat al in het kader van de Europese socialezekerheidsverordening en de door Nederland gesloten socialezekerheidsverdragen, fungeert als verbindingsorgaan voor de afwikkeling van de administratieve en financiële aspecten van die internationale regelingen. Overigens getuigen de opmerkingen van de Raad in dit verband van de noodzaak tot verdere verheldering van het algemeen deel van de toelichting. Daarin is in vorenstaande zin voorzien.

9. Toezicht

9.1. Organisatie van het toezicht

Volgens de memorie van toelichting is een viertal toezichtsdomeinen aan de orde: 1) toezicht op financiële markten, 2) toezicht op verzekeraars bij de uitvoering van de Zvw, 3) toezicht op het ontwikkelen van markten en de mededinging en 4) toezicht op de kwaliteit van de verleende zorg. Een en ander wordt uitgewerkt in een schema in de memorie van toelichting¹. De Raad plaatst hieronder vraagtekens bij de organisatie van de eerste twee vormen van toezicht en in verband daarmee, bij de afstemming met de op handen zijnde financiële toezichtswetgeving (voorstel Wet financieel toezicht, hierna te noemen: Wft). Tevens stelt hij een vraag naar de afbakening van taken tussen het College toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) en het CVZ.

a. Toezicht op de financiële markten

¹ Memorie van toelichting, Hoofdstuk V onder i, toezicht, onder 2, Regeling van de uitoefening van toezicht op de zorgverzekeraars.

Bij deze vorm van toezicht komt de tweedeling van het functionele toezicht uit de Wft naar voren: prudentieel toezicht door De Nederlandsche Bank en de Pensioen- en Verzekeringskamer (DNB/PVK; binnenkort DNB)¹ en gedrags- toezicht door de Autoriteit Financiële Markten (AFM).

Artikel 1.1.b, eerste lid, Wft geeft de wettelijke definitie van gedragstoezicht: «Gedragstoezicht is gericht op ordelijke en transparante financiële- marktprocessen, zuivere verhoudingen tussen marktpartijen en zorgvuldige behandeling van consumenten». Volgens de memorie van toelichting bij de Zvw, waar overigens gesproken wordt over «financiële marktgedrags- toezicht», is gedragstoezicht gericht op deugdelijke financiering en primair gericht op het verschaffen van adequate informatie aan de klant over producten en risico's². De Raad constateert dat de definitie in de Wft ruimer is dan die waar de Zvw van uitgaat. Hij adviseert om dit beter af te stemmen en uit te gaan van de bredere definitie.

Voorts wijst de memorie van toelichting bij de Zvw een aantal malen naar de Wtv 1993³. De Raad wijst erop dat artikel 5.1.2 Wft deze wet intrekt. Hij adviseert hiermee rekening te houden.

Ten slotte signaleert de Raad dat het schema in de toelichting niet juist is voor zover het de indruk wekt dat de taak van DNB/PVK wordt geregeld in de Zvw. Hij adviseert om dit aan te passen.

b. Toezicht op de uitvoering van de Zvw

De memorie van toelichting noemt de verschillende elementen van het publieke belang waarover de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport verantwoording verschuldigd is aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal⁴. In het schema in de toelichting worden deze elementen uiteengelegd in twee categorieën, te weten zorgspecifiek gedragstoezicht op zorgverzekeraars in verband met informatiebelangen van de klant en toezicht op de naleving van de plichten die uit de Zvw voortvloeien: naleving van de zorgplicht, acceptatie- plicht en andere wettelijke eisen⁵.

De eerste categorie, het gedragstoezicht op de zorgverzekeraars, dat omschreven wordt als «zorgspecifiek gedragstoezicht», ligt nu bij de AFM. Uit het wetsvoorstel blijkt niet duidelijk welke rol de AFM toekomt ten aanzien van de uitoefening van het gedragstoezicht. Uit het schema kan afgeleid worden dat het gedragstoezicht dat de AFM nu uitoefent op de zorgverzekeraars in 2006 overgaat op de Zorgautoriteit. De memorie van toelichting daarentegen stelt dat het gedragstoezicht van de AFM blijft bestaan⁶. De Raad adviseert om op dit punt helderheid te verschaffen. Wanneer het de bedoeling is de AFM hiermee niet te belasten, dan is het de Raad onduidelijk waarom de AFM, als dé gedragstoezichthouder voor de financiële instellingen, niet beoogd is voor het gedragstoezicht op de zorgverzekeraars.

De Raad adviseert in dat geval het voorstel op dit punt te heroverwegen.

Indien deze rol van de AFM komt te vervallen, dan is naar de mening van de Raad nadere afstemming met de Wft en een duidelijker motivering vereist. Uit de Wft vloeit immers voort dat de AFM verantwoordelijk is voor het gedrags- toezicht op de verzekeraars. Het voorstel zou tevens betekenen dat DNB als prudentieel toezichthouder zal moeten gaan afstemmen met de Zorgautoriteit in plaats van de AFM.

De Raad adviseert om in de toelichting hierop in te gaan en om hierbij tevens te betrekken de opvattingen van DNB en de AFM.

¹ Met de fusie tussen DNB en PVK houdt ook prudentieel toezicht op verzekeraars. Fusiewet De Nederlandsche Bank N.V. en de Stichting Pensioen- en Verzekeringskamer, Kamerstukken II 2003/04, 29 411, nr. 2.

² Memorie van toelichting, Hoofdstuk V, onder i, toezicht, onder Toezicht op de financiële markten en in voetnoot 52.

³ Memorie van toelichting, Hoofdstuk V onder a, de uitvoering, en i, toezicht.

⁴ Memorie van toelichting, Hoofdstuk V onder i, toezicht.

⁵ Memorie van toelichting, Hoofdstuk V onder i, toezicht.

⁶ Memorie van toelichting, Hoofdstuk V onder i, toezicht.

Voorts vraagt de Raad aandacht voor het toezicht op de uitvoering van de wet door de verzekeraars. Hier gaat het om «het borgen van publieke belangen»; voorgesteld wordt een «sectorspecifieke toezichthouder». Deze vorm van toezicht ligt thans bij het CTZ en zal in 2006 overgaan op de Zorgautoriteit. De Raad plaatst vraagtekens bij de keuze om een dergelijke zelfstandige autoriteit te laten toezien op de uitvoering van de wet door de verzekeraars. Gezien de verantwoordelijkheid die de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft voor de uitoefening van het toezicht zou overwogen kunnen worden of een rijksinspectie niet een meer geschikte instantie is om toezicht uit te oefenen op de uitvoering van de wettelijke voorschriften door de verzekeraars. Tegen deze achtergrond wordt in de toelichting niet overtuigend gemotiveerd, gelet op de zelfstandige positie die de Zorgautoriteit zal krijgen, dat wenselijk is het CTZ te zijner tijd te laten opgaan in de Zorgautoriteit.

De Raad adviseert om hier in de toelichting op in te gaan en het voorstel op deze punten zo nodig te heroverwegen.

c. Ten slotte is volgens de Raad duidelijkheid over de afbakening van taken tussen CVZ en CTZ geboden. Volgens de artikelen 64, eerste lid, respectievelijk 76, derde lid, zijn zowel het CVZ als het CTZ betrokken bij de rechtmatigheid van de uitvoering van de wet door de zorgverzekeraars. Terwijl het CVZ de rechtmatigheid van de uitvoering bevordert, houdt het CTZ toezicht daarop. Met de intrede van de Wet op de Zorgautoriteit gaan deze taken over op de PVK respectievelijk de Zorgautoriteit¹. De Raad adviseert om nader toe te lichten, wat het verschil is tussen beide taken en om in dit verband duidelijk te maken of het wetsvoorstel voorziet in een overlapping van taken door CTZ en CVZ, respectievelijk DNB/PVK en Zorgautoriteit.

9.2. Financieel toezicht en publieke verantwoording

Terwijl het voorgestelde stelsel uitgaat van een zorgverzekeringsmarkt waarop private actoren actief zijn (verzekerden, verzekeraars en zorgaanbieders), wordt het stelsel in zeer sterke mate met collectieve middelen gefinancierd. Dit houdt verband met de publieke belangen die gewaarborgd moeten worden. Deze publieke financiering vereist naar het oordeel van de Raad, dat publieke verantwoording wordt afgelegd over de wijze waarop die publieke middelen zijn besteed.

In verband daarmee maakt de Raad de volgende opmerkingen.

a. Met het oog op een verantwoorde besteding van publieke middelen in het zorgverzekeringsstelsel is het noodzakelijk dat inzicht bestaat in de kosten en baten bij de verschillende betrokken partijen (in het bijzonder zorgverzekeraars en zorgaanbieders), om zo op verantwoorde wijze de hoogte van de verschillende inkomsten en uitgaven van het zorgverzekeringsfonds te kunnen bepalen. Vooral bij zorgverzekeraars ontbreekt deze transparantie door de wens van de wetgever de zorgverzekeraars vrij te laten in de wijze waarop zij hun premies en bijdragen besteden, mits hun verzekerden de verzekerde prestaties verkrijgen en de zorgverzekeraars aan de voor verzekeringsmaatschappijen geldende eisen blijven voldoen, die uit de toezichtregels volgen². Het doel van de vereveningsbijdrage is om de risico's te verevenen en de kinderverzekeringen (gedeeltelijk) te financieren. Deze vereveningsbijdrage behoeft door verzekeraars echter niet daadwerkelijk daarvoor te worden gebruikt, aldus de toelichting. De PVK en het CVZ zullen daarom niet controleren of deze bijdrage gebruikt wordt voor de financiering van de zorgverzekeringsfondsen.³

De Raad is van mening dat voorzover ten behoeve van het zorgverzekeringsstelsel publieke middelen aan zorgverzekeraars beschikbaar worden gesteld, zij deze middelen ook moeten besteden aan de publieke belangen die in het zorgverzekeringsstelsel besloten liggen, en moeten kunnen verantwoorden. Deze verantwoording is temeer noodzakelijk om periodiek het vereveningsmodel te kunnen herijken. Dit is ook nodig uit het oogpunt van de al eerder genoemde overwegingen inzake staatssteun.

De Raad adviseert het voorstel op dit punt aan te passen.

b. Het voorgestelde artikel 118 verbiedt de Algemene Rekenkamer om onderzoek te verrichten naar de wijze waarop zorgverzekeraars de opbrengst van de verschillende bijdragen besteden. Nu het gaat om de besteding van publieke middelen van aanzienlijke omvang, is de Raad geenszins overtuigd van de wenselijkheid van uitsluiting van de Algemene Rekenkamer. Dit klemt temeer nu zeker in de beginfase van het voorgestelde nieuwe stelsel marktwerking en de daarmee beoogde efficiënte aanwending van ook de publieke middelen allermindst is gewaarborgd. Daarbij gaat het om rechtspersonen met een wettelijke taak. De Raad geeft dan ook in overweging het wetsvoorstel op dit punt te wijzigen.

Mocht aan de uitsluiting worden vastgehouden, dan dient te worden aangegeven op welke wijze dan wel, in de opvatting van de regering, toereikend onderzoek en controle verricht wordt naar de besteding van deze publieke middelen.

¹ Memorie van toelichting, Hoofdstuk V onder i, toezicht.

² Memorie van toelichting, B Artikelsgewijze toelichting, artikel 118.

³ Memorie van toelichting, B Artikelsgewijze toelichting, artikel 32.

9. Toezicht

9.1.a De Raad constateert dat het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet op enkele punten afwijkt van de op handen zijnde financiële toezichtwetgeving (voorstel van Wet op het financieel toezicht, hierna te noemen: Wft¹). De door de Raad gewenste afstemming zal worden geregeld in de Invoerings- en aanpassingswet Zvw. Eerder is dit niet mogelijk, omdat tot nog toe slechts de eerste tranche van de Wft aan de Tweede Kamer is aangeboden.

Het schema in het algemeen deel van de toelichting is aangepast teneinde te voorkomen dat dit de door de Raad voor mogelijk gehouden verkeerde indruk zou kunnen wekken over de taakverdeling in het toezichtdomein.

9.1.b De Raad vraagt naar een verheldering van en een nadere motivering voor de rol van de Autoriteit Financiële Markten (AFM). Wat betreft de inhoud van de rol van de AFM, kan het volgende worden opgemerkt. Bij het generieke financiële-marktgedragtoezicht gaat het onder andere om de vraag of financiële dienstverleners deskundig en betrouwbaar zijn en of zij verzekerden goed informeren over de verzekeringspolis. De AFM oefent dit toezicht uit. Het kabinet heeft besloten dat de Zorgautoriteit toezicht zal uitoefenen op een onderdeel van dit generieke financiële-marktgedragtoezicht, te weten de voorlichting door de zorgverzekeraar aan verzekerden over de polis voor de standaardverzekering voor curatieve zorg. Dit wordt ook wel het zorgspecifieke gedragtoezicht genoemd. Indien de wet die de instelling van de Zorgautoriteit regelt, op een later moment in werking treedt dan de Zorgverzekeringswet, zullen het CTZ en de AFM gezamenlijk zorgen voor de noodzakelijke afstemming van het zorgspecifieke gedragtoezicht op zorgverzekeraars. Zoals in het algemeen deel van de toelichting al is opgemerkt, is het streven naar een transparante organisatie van het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet een belangrijk uitgangspunt. Door het zorgspecifieke gedragtoezicht bij de Zorgautoriteit onder te brengen, is er één aanspreekpunt voor zorgverzekeraars bij het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, namelijk de Zorgautoriteit. Daarnaast ligt het vanwege de onderlinge verbondenheid tussen het zorgspecifieke gedragtoezicht en het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet in de rede dat één toezichthouder beide vormen van toezicht behartigt. Indien een zorgverzekeraar een verzekerde onvoldoende informeert over de zorgplicht uit hoofde van de Zorgverzekeringswet, kan dat van invloed zijn op de wijze waarop de zorgverzekeraar zijn zorgplicht tegenover de verzekerde invult. Omdat de Zorgautoriteit beide vormen van toezicht behartigt, kan zij, indien nodig, heel gericht acties ondernemen. Voor de goede orde zij er op gewezen dat er wat betreft het zorgspecifieke gedragtoezicht geen afstemming tussen de PVK en de Zorgautoriteit vereist is. Bij het generieke financiële-marktentoezicht is wel afstemming vereist tussen de PVK en de AFM. Hiervoor is inmiddels ook een samenwerkingsconvenant tussen deze organisaties afgesloten.

De Raad vraagt om nader toe te lichten waarom het wenselijk is CTZ te laten opgaan in de Zorgautoriteit. De keuze van het kabinet om het toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet en het sectorspecifieke markttoezicht bij de Zorgautoriteit onder te brengen, heeft een aantal redenen. De eerste reden is dat er alleen sprake kan zijn van effectief en efficiënt toezicht als het toezicht op de verschillende zorgmarkten voldoende gebundeld is. Het CTZ heeft bij het toezicht op de uitvoering van de Zfv en de AWBZ namelijk geconstateerd dat meer inzicht in de situatie bij zorgaanbieders leidt tot een beter toezicht op verzekeraars. Daarnaast vergt een effectief toezicht op de publieke randvoorwaarden van de standaardverzekering (bijvoorbeeld acceptatieplicht en zorgplicht), naast kennis over het gedrag van de verzekeraar op de verzekeringsmarkt, ook kennis over het gedrag van de verzekeraar op de zorginkoopmarkt.

Verder plaatst de Raad vraagtekens bij de keuze om een zelfstandige autoriteit te laten toezien op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet door verzekeraars. In mijn reeds eerder genoemde brief aan de Tweede Kamer over de Zorgautoriteit heb ik opgemerkt dat de Zorgautoriteit alleen dan effectief kan zijn, wanneer ze een echte autoriteit is op haar gebied: gezaghebbend,

¹ Kamerstukken II 2003/04, 29 708.

slagvaardig en onafhankelijk. Dit betekent dat het beter is dat de Zorgautoriteit geen onderdeel is van het ministerie van VWS. De Minister van VWS is daarvoor zelf te zeer partij in de sturing van de zorg. Daarom is het kabinet van mening dat de zorgautoriteit een zelfstandig bestuursorgaan moet zijn.

9.1.c Naar aanleiding van de opmerkingen van de Raad om de taakverdeling tussen CVZ en CTZ te verduidelijken, zijn de wetteksten en zowel het algemeen deel van de toelichting als de artikelsgewijze toelichting aangepast. Dit betreft naast aanpassing van artikel 64 ook aanpassing van het punt van de toezending van de modelpolissen. Zorgverzekeraars dienen hun modelpolissen niet, zoals aanvankelijk was voorzien aan het CVZ, maar aan het CTZ toe te zenden. Zie in dit verband ook onderdeel 6.3.a. Tevens is de wetteksten en de artikelsgewijze toelichting aangepast ten einde de CVZ-taak van pakketbeheer daarin tot uitdrukking te brengen.

9.2.a De Raad is van mening dat voor zover ten behoeve van het zorgverzekeringsstelsel publieke middelen aan zorgverzekeraars beschikbaar worden gesteld, zij deze middelen ook moeten besteden aan de publieke belangen die in het zorgverzekeringsstelsel besloten liggen. Zij moeten zich volgens de Raad daarover verantwoorden.

Het kabinet heeft nadrukkelijk gekozen voor de inbedding van de sociale verzekering in een systeem van overeenkomsten tussen private partijen. In dit systeem zullen de burgers worden verplicht om met private zorgverzekeraars een (sociale) zorgverzekering te sluiten. De private zorgverzekeraars zullen in onderlinge concurrentie optreden als belangbehartiger voor hun verzekerden. Het kabinet gaat ervan uit dat hiermee voldoende prikkels zijn ingebouwd om te komen tot een doelmatig en kwalitatief goed zorgstelsel. De zorgverzekeraars kunnen, uit de aard van hun rechtsvorm, zelf bepalen hoe zij hun activiteiten financieren. Naast het vragen van een (nominale) premie van verzekerden, kunnen zij bijvoorbeeld kapitaal van derden of reserves inzetten. Het bevordert de concurrentie als zij winsten, behaald op het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen, vrij mogen bestemmen.

Het sociale karakter van de verzekering komt onder meer daarin naar voren, dat alle verzekeraars een acceptatieplicht hebben voor het door de wetgever te bepalen pakket. De nominale premie die de verzekeraar vraagt, mag niet naar risico's worden gedifferentieerd. Om te voorkomen dat verzekeraars waar veel slechte risico's zijn ondergebracht in een slechte concurrentiepositie worden gebracht, wordt voorzien in een jaarlijkse vereveningsbijdrage, die dit risicoverschil in verregaande mate ongedaan maakt. Deze bijdrage wordt berekend op basis van een aantal objectieve criteria en is afhankelijk van het aantal personen dat bij de verzekeraar een zorgverzekering heeft lopen, en van hun verzekerdenkenmerken. De vereveningsbijdrage wordt gefinancierd uit het Zorgverzekeringsfonds, dat gevoed wordt met de inkomensafhankelijke bijdragen en met rijksbijdragen.

Omdat het aan de zorgverzekeraar is om te bepalen met welke middelen hij de uitvoering van de zorgverzekeringsovereenkomsten financiert, is in de Zorgverzekeringswet niet bepaald, dat de zorgverzekeraar de vereveningsbijdrage dient te gebruiken voor het aanbieden en uitvoeren van zorgverzekeringen. Deze situatie verschilt wezenlijk van die onder de huidige Zfw, waarbij verzekeraars publieke middelen krijgen toegewezen om daarvoor als tegenprestatie voor de overheid de wet uit te voeren, waarbij de besteding van de middelen aan zeer gedetailleerde voorschriften is onderworpen.

Dat de verplichtingen die de wet aan de verzekeraar stelt, worden nageleefd en daarmee de doelen van de wet worden bereikt, is natuurlijk van belang. Daarom is in de Zorgverzekeringswet bepaald dat het CTZ toezicht houdt op de uitvoering van de bij en krachtens de Zorgverzekeringswet gestelde regels. Komt de verzekeraar zijn acceptatieplicht na, beslaan de verzekeringen het wettelijk te verzekeren pakket, biedt de verzekeraar de juiste vereveningsgegevens aan, past hij geen premiedifferentiatie toe naar risico's en voldoet hij aan zijn informatieverplichtingen, zijn vragen waaraan gedacht kan worden. Omdat de Zorgverzekeringswet niet regelt waar de vereveningsbijdrage voor moet worden gebruikt, beslaat dit toezicht echter niet de besteding van die bijdrage.

9.2.b Zoals uit het voorgaande voortvloeit, houdt het CTZ geen toezicht op de doelmatigheid van de zorgverzekeraars. De onderlinge concurrentie tussen de zorgverzekeraars dwingt doelmatig gedrag af.

De Minister van VWS vormt zich een oordeel over het nakomen van de uit de Zorgverzekeringwet voortvloeiende verplichtingen en de werking hiervan op basis van het samenvattende rapport van het CTZ over de uitvoering van de Zorgverzekeringwet door de zorgverzekeraars. Deze rapporten stuurt de Minister met zijn oordeel naar de Tweede Kamer, waarmee hij verantwoording aflegt over de opzet en werking van het zorgverzekeringstelsel, vooral ook ten aanzien van de daarin vervatte publieke belangen en de sociale randvoorwaarden.

De Algemene Rekenkamer kan de opgaven van zorgverzekeraars aan het zorgverzekeringfonds en de uitkeringen van dit fonds onderzoeken. Ook kan zij haar onderzoek richten op de borging van de publieke belangen.

Daarnaast ziet de Raad vooral een rol voor de Algemene Rekenkamer in de eerste jaren van de uitvoering van de Zorgverzekeringwet, waarin naar zijn mening nog problemen kunnen bestaan in verband met onvoldoende marktwerking.

De Algemene Rekenkamer heeft in het nieuwe stelsel de bevoegdheid om opzet en werking van het stelsel en dus ook de werking van de verzekeraarsmarkt te onderzoeken. Het artikel en de artikelsgewijze toelichting zijn dienovereenkomstig verhelderd.

Volledigheidshalve merk ik op dat artikel 118 (inmiddels vernummerd tot artikel 119) aan de Algemene Rekenkamer geen taak geeft wat betreft de controle op de rechtmatige en doelmatige besteding van premies en eveningsbijdrage. Zoals hierboven toegelicht, vloeit dit voort uit de bestedingsvrijheid die eigen is aan concurrerende marktpartijen. Hierin ligt ook de waarborg voor een doelmatige besteding.

10. Handhaving

Over de regeling van de handhaving merkt de Raad het volgende op. Volgens de toelichting op het voorgestelde artikel 95 wordt het wenselijk geacht dat de bevoegdheid van het CVZ tot het opleggen van een boete zal worden gemandateerd aan de zorgverzekeraars, aan wie ingevolge het voorgestelde vijfde lid de voorbereiding en de uitvoering van de boetebeschikkingen reeds zal moeten worden opgedragen. In aansluiting op zijn advies over het wetsvoorstel fraudebestrijding zorgverzekeringswetten¹ wijst de Raad erop dat de bevoegdheid tot het opleggen van een bestraffende bestuurlijke sanctie zich naar haar aard niet leent voor het mandateren aan een private rechtspersoon niet zijnde een zelfstandig bestuursorgaan, ook niet indien de rechtspersoon anderszins met taken ter uitvoering van een wettelijke regeling is belast. Die strijd wordt niet opgeheven door het uitvaardigen door het CVZ van beleidsregels met betrekking tot de boeteoplegging.

Daarom adviseert de Raad, de passage betreffende eventuele mandatering van de bevoegdheid tot het nemen van boetebeschikkingen te laten vervallen.

10. Handhaving

De Raad is van mening dat de bevoegdheid tot het opleggen van een bestuurlijke boete zich naar haar aard niet leent voor het mandateren aan een privaatrechtelijke rechtspersoon, niet zijnde een zelfstandig bestuursorgaan. Hij legt daarbij een verbinding met zijn advies over het wetsvoorstel fraudebestrijding zorgverzekeringswetten.

Ik kan de Raad in zijn redenering echter niet volgen. Er is immers een belangrijk verschil tussen de beide casusposities. In het wetsvoorstel fraudebestrijding zorgverzekeringswetten, zoals dat aan de Raad was voorgelegd, was voorzien in attributie van de bevoegdheid om (wegens fraude) een boete op te leggen aan privaatrechtelijke zelfstandige bestuursorganen, te weten: ziekenfondsen en uitvoeringsorganen in de AWBZ. Hoewel de Raad dat niet met zoveel woorden aangaf, valt uit dat advies op te maken dat de Raad het opleggen van een boete door andere dan bij wet ingestelde organen afwijst. In het onderhavige geval gaat het echter niet om attributie van een bevoegdheid aan een zelfstandig bestuursorgaan, maar om mandaat aan een privaatrechtelijke rechtspersoon, niet zijnde een zelfstandig bestuursorgaan. Ik ben van oordeel dat de overwegingen die de Raad leidden tot een

¹ Advies van 27 februari 2004; Kamerstukken 2003–2004, 29 623, nr. 5.

terughoudende opstelling ter zake van attributie van bevoegdheden aan andere dan bij de wet ingestelde zelfstandige bestuursorganen niet zonder meer van betekenis zijn voor de vraag of een dergelijk mandaat geoorloofd is. De geoorloofdheid van mandaat om namens het CVZ een boete op te leggen moet mijns inziens worden beoordeeld in het licht van de geheel eigen juridische kenmerken van mandaat en de regels van de Algemene wet bestuursrecht (Awb), met name artikel 10:3. Nu er geen wettelijke bepaling is die mandaat in een geval als het onderhavige expliciet uitsluit, zal, zoals ook de Raad aangeeft, moeten worden gezien of de aard van de bevoegdheid zich tegen mandaatverlening verzet. Naar mijn mening is daarvan slechts sprake als het gaat om een bevoegdheid die een zodanig karakter heeft dat besluitvorming moet plaatsvinden door het orgaan dat de wetgever heeft aangewezen, of als de positie van de gemandateerde aan mandaatverlening in de weg staat. Geen van beide situaties doet zich hier voor. Daarbij dient tevens te worden bedacht dat de zorgverzekeraars door hun rol in het verzekeringsproces de eerst aangewezenen zijn om vast te stellen dat er sprake is van een te beboeten overtreding. De rechtsfiguur van mandaat waarborgt voorts dat het CVZ verantwoordelijk blijft voor de bevoegdheidsuitoefening en daarover ook zeggenschap blijft houden. Ook aan de door het CVZ uit te vaardigen beleidsregels met betrekking tot boeteoplegging komt in dit verband zeker betekenis toe.

Ik heb derhalve geen aanleiding gevonden het wetsvoorstel op dit punt aan te passen.

11. Gegevensverstrekking

a. *Het College bescherming persoonsgegevens (CBP) vindt het gebruik van het sofi-nummer in de Zvw onwenselijk en praktisch gezien onomkeerbaar. Ook wijst het op het risico dat informatiestromen ten behoeve van de zorgverzekering enerzijds en de aanvullende verzekering anderzijds bij een zorgverzekeraar niet strikt gescheiden zullen plaatsvinden. De geheimhoudingsplicht die in het voorgestelde artikel 86, vijfde lid, aan verschillende personen wordt opgelegd acht het CBP daarvoor niet afdoende. Hierdoor kunnen persoonsgegevens worden gebruikt voor niet-beoogde doeleinden, zoals risico-selectie in het aanvullende pakket. Voorts merkt het CBP op dat in de Zvw niet geregeld is welke instantie toezicht houdt op de (rechtmatigheid van de) verwerking van persoonsgegevens¹. De Raad is van mening dat aan deze kritische opmerkingen in de toelichting niet of onvoldoende aandacht is besteed. Hij adviseert dat alsnog te doen en zo nodig het voorstel op deze punten aan te passen.*

b. *Het voorgestelde artikel 86, derde lid, bepaalt dat een zorgaanbieder aan een door de minister aangewezen persoon persoonsgegevens, inclusief die betreffende de gezondheid, verstrekt. Het CBP merkt op dat voor het doel van deze bepaling, het genereren van zorgmarkt- en beleidsinformatie, het verstrekken van persoonsgegevens niet noodzakelijk is. Immers, ook geanonimiseerde informatie voldoet voor dit doel. Daarmee vervalt de noodzaak en rechtmatigheid tot het verstrekken van persoonsgegevens in de zin (van artikel 16) van de Wbp. In de toelichting wordt op dit punt niet ingegaan. De Raad adviseert dit alsnog te doen en zo nodig dit artikel te laten vervallen of zo te wijzigen dat de bepaling niet in strijd komt met de Wbp.*

c. *Voorts wijst het CBP erop dat artikel 7 Wbp bepaalt dat persoonsgegevens voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden worden verzameld. De Raad is van mening dat de formulering in artikel 86, eerste en tweede lid, van het wetsvoorstel «persoonsgegevens die noodzakelijk zijn voor uitvoering van de zorgverzekering of van deze wet» daaraan niet voldoet, omdat die te weinig specifiek is. Artikel 86, zesde lid, geeft de mogelijkheid bij ministeriële regeling aan te geven om welke gegevens het hier «in ieder geval» gaat. De Raad merkt op dat de toevoeging «in ieder geval» de ondergrens aangeeft van de gegevens die moeten worden verstrekt. Het is, vanuit het oogpunt van privacybescherming, echter juist van belang de bovengrens van die gegevensverstrekking aan te geven. Of, zoals het CBP merkt, criteria aan te geven aan de hand waarvan kan worden beoordeeld wat nog onder de categorie «noodzakelijk te verstrekken persoonsgegevens» kan worden begrepen.*

¹ CBP, Advies Zorgverzekeringswet, 11 maart 2004 (PTZ 2464656).

De Raad adviseert het wetsvoorstel in deze zin aan te passen.

d. De voorgestelde artikelen 87 en 88 komen in grote lijnen overeen met de artikelen 73b en 73c Zfw. De beperkingen die in artikel 73b, eerste lid, Zfw aan deze gegevensverstrekkingen en inlichtingenplicht zijn gesteld, zijn in het voorstel vervallen. De plicht tot het verstrekken van gegevens en inlichtingen is daarentegen uitgebreid met de expliciete bepaling dat tot de bedoelde inlichtingen en gegevens ook persoonsgegevens als bedoeld in de Wbp behoren. Naar het oordeel van de Raad merkt het CBP op dit punt terecht op dat hier met een zeer ruim geformuleerde bepaling wordt beoogd een wettelijke grondslag te bieden voor de verstrekking van persoonsgegevens aan de zorgverzekeraars en overige instanties. De Raad is van mening dat niet kan worden volstaan met de mededeling in de toelichting dat de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 88, vijfde lid, – die overigens alleen betrekking heeft op de gegevens- en inlichtingenverstrekking van artikel 88 kan worden gebruikt om privacywaarborgen in te bouwen. Met het CBP is de Raad van mening dat nader gespecificeerd dient te worden welke persoonsgegevens in welke situaties noodzakelijk zijn en gerechtvaardigd gevraagd en verstrekt kunnen worden.

De Raad adviseert het voorstel op dit punt aan te passen.

Voorts constateert de Raad dat artikel 87 een overlapping vertoont met 5.2 van de Algemene wet bestuursrecht (meest genoemde bestuursorganen) en ten dele met de Algemene wet inzake rijksbelastingen (Awr) (rijksbelastingdienst). Omdat wordt geheven volgens de regels voor inkomstenbelasting/loonbelasting, is de Awr van toepassing.

Voorts is de noodzaak en wenselijkheid van de gegevensverstrekking aan de zorgverzekeraars niet evident.

De Raad adviseert de overlapping van de gegevensverstrekking in ogenschouw te nemen, de noodzaak van de overige gegevensuitwisseling te heroverwegen en het voorstel op dit punt aan te passen.

e. De Raad vraagt aandacht voor de positie van de DNB/PVK als het gaat om de gegevensverstrekking. In de artikelen 182 en 183 Wtv 1993 is het verstrekken van gegevens en inlichtingen door de PVK met strikte waarborgen omgeven. Deze waarborgen zijn slechts gedeeltelijk terug te vinden in de artikelen 1.5.1.a. en 1.5.1.b. Wft. In de voorgestelde artikelen 88 en 92 Zvw is de plicht tot het verstrekken van gegevens en inlichtingen door de DNB/PVK dermate ruim geformuleerd dat deze niet aansluit bij de Wtv 1993, noch bij de Wft. Ook de PVK is van mening de artikelen 88 en 92 voor wat betreft de PVK onjuist zijn, omdat die tot zodanige verstrekking van gegevens niet bevoegd is¹.

De Raad adviseert het voorstel op dit punt aan te passen.

11. Gegevensverstrekking

a. Zoals bekend bereidt het kabinet introductie van het «burgerservice-nummer» (bsn) voor. Dit nummer is een uniek identificerend nummer voor iedere burger, waarmee de burger bij elk (digitaal) loket in de publieke sector terecht kan. Het bsn zal in de plaats komen van enkele bestaande nummers, waaronder het sofi-nummer. Het kabinet is enige tijd van mening geweest dat het wenselijk was om naast het bsn voor de zorgsector een sectorspecifiek «zorgidentificatienummer» in te voeren. Van dit standpunt is het kabinet, zoals blijkt uit de brief die de Minister voor Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties en ik op 14 mei 2004 aan de Tweede Kamer hebben gestuurd (Kamerstukken II 2003/04, 29 362, nr. 15), inmiddels teruggekomen. Het bsn zal, indien het gebruik ervan met voldoende waarborgen blijkt te kunnen worden omkleed, ook voor de zorgsector gaan gelden. Op dit moment worden deze waarborgen, die kunnen liggen op technisch, juridisch, organisatorisch of gedragsspecifiek vlak, nader uitgewerkt. In het najaar van 2004 zal een en ander aan het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) worden voorgelegd.

¹ Brief van de Pensioen- en Verzekeringkamer aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 29 april 2004, nr. 3.02/2004–2073.

Het is de bedoeling dat het bsn met ingang van 1 januari 2006, derhalve met ingang van dezelfde dag als de dag waarop de regering de Zorgverzekeringswet in werking zou willen laten treden, gebruikt wordt. Het is echter niet

wenselijk in de Zorgverzekeringswet zelf reeds het gebruik van het bsn te regelen. Immers, het bsn kan pas worden gebruikt indien daarvoor een algemene wettelijke basis is geschapen. De Minister van Bestuurlijke Vernieuwing en Koninkrijksrelaties zal hiervoor een wetsvoorstel ontwerpen. Vervolgens zal het bsn door middel van aanpassing van diverse wetten of wetsvoorstellen – waaronder de AWBZ en de Zorgverzekeringswet – in de zorgsector worden ingevoerd.

Dit betekent, dat de Zorgverzekeringswet nog dient uit te gaan van een situatie waarin het bsn niet bestaat. Bijkomend voordeel daarvan is, dat een eventuele vertraging in de invoering van het bsn niet automatisch tot vertraging van de invoering van de Zorgverzekeringswet hoeft te leiden.

Nu het kabinet het niet meer wenselijk vindt naast het bsn een zorgidentificatienummer te gebruiken, zou het onwenselijk zijn om in de Zorgverzekeringswet nog wél uit te gaan van het zorgidentificatienummer. Omdat in de sector van de sociale verzekeringen en de belastingen tot aan de invoering van het bsn met het sofi-nummer wordt gewerkt, is daarom besloten in de Zorgverzekeringswet te regelen dat de zorgverzekeraars tot de invoering van het bsn met het sofi-nummer werken. Uit het advies van het CBP op de Zorgverzekeringswet blijkt dat het CBP het gebruik van het sofi-nummer door zorgverzekeraars weliswaar minder wenselijk vindt dan gebruik van een zorgsectorspecifiek zorgidentificatienummer, maar dat het CBP dit, mits daar voldoende waarborgen voor worden gegeven, niet onacceptabel vindt. De redenen om tijdelijk het sofi-nummer te laten gebruiken in plaats van een apart zorgidentificatienummer, zijn in hoofdlijnen gelijk aan de in bovengenoemde brief opgesomde redenen om niet naast het bsn een afzonderlijk zorgidentificatienummer in te voeren:

- a. de burger wordt niet belast met meerdere nummers;
- b. er hoeft naast de bestaande sofi-nummergenerator niet een nieuwe nummergenerator te worden opgetuigd;
- c. voor de noodzakelijke gegevensuitwisseling hoeven de zorgverzekeraar niet naast het sofi-nummer (dat zij in ieder geval in hun rol van uitvoeringsorganen voor de AWBZ dienen te gebruiken, zie art. 40a van die wet) ook nog met een zorgidentificatienummer te gaan werken, hetgeen administratieve lasten bespaart.

Uiteraard is het kabinet met de Raad van State en het CBP van mening dat met het sofi-nummer zeer zorgvuldig moet worden omgegaan. In de Zorgverzekeringswet (dus op het niveau van de formele wet) is bepaald dat de zorgverzekeraars het sofi-nummer gebruiken, en voorts (zie art. 85, derde lid) dat zij met de in artikel 87 en 88 van de Zorgverzekeringswet genoemde instanties persoonsgegevens op sofi-nummer uitwisselen, voor zover althans deze instanties op hun beurt bevoegd zijn om het sofi-nummer te gebruiken. Dat gebruik van dit nummer door de zorgverzekeraars beperkt blijft tot de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (en van de AWBZ, zie art. 40a van die wet) en de uitwisseling van persoonsgegevens met eerder bedoelde instanties, is geregeld in artikel 24, eerste lid, van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp). Dat artikellid luidt: «Een nummer dat ter identificatie van een persoon bij wet is voorgeschreven, wordt bij de verwerking van persoonsgegevens slechts gebruikt ter uitvoering van de betreffende wet dan wel voor doeleinden bij de wet bepaald.» Het voorschrift van art. 85, derde lid, van de Zorgverzekeringswet is in dit verband te zien als een bij de wet bepaald doel. Aangezien artikel 24, eerste lid, Wbp onverkort geldt, hoeft de bescherming die dat artikel biedt, niet nog eens in artikel 85 van de Zorgverzekeringswet te worden herhaald.

Gezien het voorgaande is het een zorgverzekeraar niet toegestaan het sofi-nummer te gebruiken bij zijn eventuele werkzaamheden in het kader van andere schadeverzekeringen (waaronder aanvullende ziektekostenverzekeringen). Ook is het uiteraard niet toegestaan met het oog op andere verzekeringen – bijvoorbeeld levensverzekeringen – persoonsgegevens op sofi-nummer te verstrekken aan andere verzekeraars. Niet alleen mogen dergelijke verzekeraars het sofi-nummer niet gebruiken (zie art. 24 Wbp), maar ook behoren zij niet tot de in artikel 87 en 88 van de Zorgverzekeringswet genoemde instanties.

Wel is overigens de in artikel 85, vierde lid, opgenomen mogelijkheid om bij ministeriële regeling regels te stellen over het gebruik van het sofi-nummer, gewijzigd in de mogelijkheid om dat bij algemene maatregel van bestuur te doen.

Krachtens artikel 51 Wbp houdt het CBP toezicht op de verwerking van persoonsgegevens. Dit hoeft derhalve niet afzonderlijk in de Zorgverzekeringswet te worden geregeld. Het CTZ houdt daarnaast toezicht op de rechtmatigheid van de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De werktorenen van beide toezichthouders overlappen elkaar daar waar het gaat om de rechtmatigheid van de verwerking van persoonsgegevens zoals bij of krachtens de Zorgverzekeringswet geregeld. Uiteraard is het wenselijk dat de toezichthouders elkaar op de hoogte houden van overtredingen die zij op dit terrein constateren, en ook overigens samenwerken.

De toelichting op artikel 85 is in verband met het voorgaande uitgebreid.

b. Aanleiding voor de opneming in de Zorgverzekeringswet van een afzonderlijk artikel, op grond waarvan zorgaanbieders (gezondheids)persoonsgegevens aan zorgverzekeraars verstrekken (art. 86), is de invoering van het beleid inzake de dbc's. Ziekenhuizen en enkele andere zorginstellingen hebben hun werkzaamheden de afgelopen jaren onderverdeeld in ongeveer 30 000 dbc's. Het is de bedoeling dat zij in de toekomst per dbc of dbc-cluster met zorgverzekeraars prijzen productieafspraken maken, en vervolgens per geleverde dbc declareren. Daarbij zal altijd ook moeten worden gemeld aan welke patiënt de dbc geleverd is, aangezien de zorgverzekeraar anders niet kan nagaan of de patiënt wel bij hem verzekerd is (geweest). Een dbc bevat informatie over de diagnose en behandeling van de patiënt. In termen van het privacyrecht kan dan ook worden geconcludeerd dat een zorgaanbieder die op zijn declaratie zet aan welke patiënt welke dbc geleverd is, een gezondheids-persoonsgegeven op die declaratie zet. Zorgdeclaraties komen direct (natura en soms ook restitutie) of indirect (restitutie) bij de zorgverzekeraar terecht.

Mede gezien het grote aantal dbc's, is het CBP van mening dat de meeste dbc's meer gezondheidsinformatie over een patiënt/verzekerde bevatten, dan voor de zorgverzekeraar noodzakelijk is om de Zorgverzekeringswet (of, voor het jaar 2005: de Zfw) goed uit te kunnen voeren. In overleg met het CBP en alle betrokken partijen is het afgelopen jaar een (voorlopig) toetsingsinstrument opgesteld aan de hand waarvan per dbc zal worden bepaald of melding, op de declaratie, van de aan de patiënt geleverde dbc noodzakelijk is, dan wel kan worden volstaan met melding van het (minder gezondheidsgegevens bevattende) cluster waartoe de geleverde dbc behoort.

Voor het systeem van risicoverevening is het echter noodzakelijk dat gegevens over dbc-consumptie worden gekoppeld aan verzekerdegegevens van de zorgverzekeraars. Dit dient altijd op dbc-niveau te gebeuren, koppeling op dbc-clusterniveau volstaat niet. Het eenvoudigst zou een dergelijke koppeling kunnen plaatsvinden als de zorgaanbieders telkens op de declaratie zouden mogen vermelden welke dbc aan welke patiënt is geleverd. Zoals in het voorgaande is aangegeven, is het CBP echter van mening dat het privacyrecht dit niet toelaat. Daarom streef ik ernaar deze koppeling op te dragen aan een door mij op grond van artikel 86, derde lid, van de Zorgverzekeringswet aan te wijzen (rechts)persoon (trusted third party), te weten het «dbc-informatie- en onderhoudsorgaan» (DIS). Het is de bedoeling dat de ziekenhuizen iedere geleverde dbc op persoonsniveau aan het DIS melden, en dat de zorgverzekeraars op persoonsniveau hun verzekerden, met bepaalde bijbehorende verzekerdenkenmerken, melden. Het DIS zal deze gegevens op persoonsniveau koppelen. De informatie die daaruit resulteert, zal zo worden gepresenteerd dat deze niet meer tot personen herleidbaar is, en vervolgens naar degene die deze nodig heeft (CVZ, de Minister van VWS) worden doorgeleid. Aangezien (a) koppeling op persoonsniveau noodzakelijk is voor een goede uitvoering van het risicovereveningssysteem en daarmee van de Zorgverzekeringswet en (b) koppeling door de zorgverzekeraars zelf volgens het CBP in strijd komt met het privacyrecht omdat dat zou betekenen dat deze zorgverzekeraars alle dbc's op persoonsniveau zullen krijgen, kan de conclusie niet anders luiden dan dat er een (rechts)persoon moet worden aangewezen

die deze koppeling zal verzorgen. Anders dan het CBP – en daarop aansluitend de Raad van State – is het kabinet derhalve van mening dat verwerking van persoonsgegevens door het op grond van artikel 86, derde lid, aan te wijzen DIS niet in strijd zal komen met de Wbp. De toelichting op artikel 86 is in verband met het voorgaande aangepast. Aan het CBP is een brief gezonden waarin uitgebreid op deze materie wordt ingegaan.

Ten slotte merk ik op dat het DIS nog heel wat andere functies heeft dan «koppelaar met het oog op het risicovereveningsstelsel». Daarvoor wordt verwezen naar de brief van de Minister van VWS van 29 juni 2004 «Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's)», Kamerstukken II 2003/04, 29 248, nr. 6.

c. Artikel 16 Wbp verbiedt verwerking van gezondheidspersoonsgegevens. Artikel 21 van die wet bevat de uitzonderingen op dat verbod. Ook de bewoordingen van artikel 21 zijn algemeen, en ook in artikel 21 wordt de verwerkingsbevoegdheid opgehangen aan de noodzaak van verwerking met het oog op bepaalde doelen, zonder dat nader wordt geconcretiseerd welke gezondheidspersoonsgegevens in welke situatie als noodzakelijk te verstrekken gegevens kunnen worden beschouwd. Ook zonder artikel 86, eerste en tweede lid, van de Zorgverzekeringswet zou de daar bedoelde verstrekking van gezondheidspersoonsgegevens door zorgaanbieders aan zorgverzekeraars op grond van artikel 21 van de Wbp geoorloofd kunnen worden geacht. Dat kan ook niet anders, aangezien de Wbp (en derhalve ook artikel 21 van die wet) de implementatie vormt van de Europese privacy-richtlijn, en het derhalve niet is toegestaan in de Zorgverzekeringswet ruimere bevoegdheden tot verwerking van persoonsgegevens op te nemen dan op grond van artikel 21 Wbp mogelijk is.

Artikel 86, eerste en tweede lid, vormt wat betreft het privacy-aspect dan ook niet meer dan een – mede op verzoek van het CBP tot stand gekomen – concretisering van hetgeen op grond van artikel 21 Wbp reeds is toegestaan. De concretisering zit hem hierin, dat de zorgaanbieders er duidelijk uit kunnen afleiden, dat zij die gezondheidspersoonsgegevens over hun patiënten aan de zorgverzekeraars dienen te verstrekken, die voor die zorgverzekeraars noodzakelijk zijn om hun zorgverzekeringen of de Zorgverzekeringswet uit te voeren. Nu met artikel 86, eerste en tweede lid, reeds een concretisering ten opzichte van artikel 21 Wbp heeft plaatsgevonden, acht ik het vanuit het privacyrecht bezien niet noodzakelijk om bij wet tot verdere concretisering in de door de Raad voorgestelde zin over te gaan.

Bovendien acht ik het bij wet regelen van de door de Raad gevraagde criteria onwenselijk. Het zou, mede gezien de grote diversiteit van zorgaanbieders (huisartsen, paramedici, ziekenhuizen, apothekers, enzovoorts) of leiden tot een korte opsomming van criteria met een zo hoog abstractieniveau dat deze weinig beperkend zouden werken, of leiden tot opname van een waslijst aan criteria, welke vervolgens weer regelmatig gewijzigd zou moeten worden.

Artikel 86, zesde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, geeft de mogelijkheid te regelen welke gegevens in ieder geval moeten worden uitgewisseld. Deze bepaling is in die zin strenger dan het voorstel van de Raad, dat niet de criteria op grond waarvan bepaald kan worden of de gegevens verstrekt moeten worden, kunnen worden vastgesteld, maar de te verstrekken gegevens zelf. Het is de bedoeling – dit is ook reeds aan het CBP toegezegd – de mogelijkheid van het treffen van een ministeriële regeling in ieder geval te gebruiken om te bepalen welke (dbc-)gegevens dbc-instellingen op persoonsniveau aan zorgverzekeraars dienen te verstrekken. Het schrappen van de woorden «in ieder geval» in laatstgenoemd artikelonderdeel zou echter betekenen, dat in één klap – namelijk bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet – alle gegevens van alle zorgaanbieders en ander dienstverleners die ingevolge de Zorgverzekeringswet verzekerde zorg en diensten kunnen leveren, in de ministeriële regeling opgesomd zouden moeten worden. Dat acht ik, mede gezien het feit dat bepaalde zorgdeelmarkten (bijvoorbeeld die van de farmaceutische zorg) flink in beweging zijn, op dit moment een brug te ver. Het is echter wel de bedoeling de reikwijdte van de ministeriële regeling steeds verder uit te breiden.

Naar aanleiding van het voorgaande is de toelichting op artikel 86 enigszins uitgebreid.

d. Terecht merkt de Raad van State op dat de artikelen 87 en 88 van de Zorgverzekeringswet in grote lijnen overeenkomen met de artikelen 73b en 73c Zfw. De toevoeging, aan artikel 87, dat het ook om persoonsgegevens in de zin van de Wbp kan gaan, is daarbij geen uitbreiding ten opzichte van artikel 73b Zfw. Doordat in laatstgenoemd artikel wordt opgesomd ten aanzien van welke personen gegevens dienen te worden verstrekt (en deze personen, op de werkgevers en pensioenfondsen na, vrijwel altijd natuurlijke personen zullen zijn), gaat dat artikel juist in belangrijke mate over de verstrekking van persoonsgegevens. De verwijzing naar persoonsgegevens is in artikel 87 dan ook niet toegevoegd om de reikwijdte van die bepaling ten opzichte van de reikwijdte van artikel 73b Zfw te vergroten, maar om te expliciteren dat het mede (of beter: vooral) om persoonsgegevens kan gaan. Daartoe was reden nu ook de artikelen 85 en 86 van de Zorgverzekeringswet – die in de Zfw geen voorganger hebben – uitdrukkelijk over persoonsgegevens gaan. Zou de toevoeging worden weggelaten, dan zou dat in het licht van de formulering van de artikelen 85 en 86 van de Zorgverzekeringswet tot de vraag kunnen leiden of het in de artikelen 87 en 88 van de Zorgverzekeringswet wel om persoonsgegevens zou kunnen gaan.

Het in artikel 87, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet weglaten van de wel in artikel 73b Zfw opgesomde personen ten aanzien van wie (persoons)gegevens dienen te worden verstrekt (de verzekerde, medeverzekerde, werkgever, werknemer, enzovoorts), vormt wél een uitbreiding van de reikwijdte van dat artikel. Het schrappen van deze opsomming is echter wenselijk, omdat de opsomming te beperkt is. Door het rijtje personen ten aanzien van wie gegevens dienen te worden verstrekt, niet van artikel 73b Zfw over te nemen, sluit artikel 87 overigens wel uitstekend aan bij artikel 56 AWBZ, dat zo'n opsomming ook niet kent. Ten slotte wijs ik er op dat artikel 87 en 88 de in artikel 87 genoemde instanties niet carte blanche geven om naar believen allerlei persoonsgegevens op te vragen en uit te wisselen. De grens ligt hem hierin, dat dit alleen mag voor zover dat noodzakelijk is voor de uitvoering van de zorgverzekeringen of van de Zorgverzekeringswet. Deze noodzakelijkheids-grens geeft mijns inziens reeds voldoende beveiliging. Echter, mede om reden van harmonisatie met de artikelen 86 en 88 is aan artikel 87 een lid toegevoegd op grond waarvan bij ministeriële regeling nadere regels kunnen worden gesteld.

De opmerking van de Raad over een overlapping van artikel 87 met 5.2 van de Awb (meest genoemde bestuursorganen) is lastig te interpreteren, aangezien laatstgenoemde wet geen artikel 5.2 kent. Wel is er enige overlap tussen artikel 87, derde lid, van de Zorgverzekeringswet en het in afdeling 5.2 opgenomen artikel 5:17 Awb, maar die overlap is zo gering, dat dit geen enkele aanleiding geeft het CTZ, de PVK of de AFM uit artikel 87, eerste lid, te schrappen. De Raad merkt terecht op dat artikel 87 wat betreft de verplichting gegevens aan de Belastingdienst te verstrekken een zekere overlap vertoont met de regels in de Algemene wet inzake rijksbelastingen (Awr), welke door middel van enkele bepalingen in hoofdstuk 5 van de Zorgverzekeringswet van overeenkomstige toepassing zijn op de heffing en inning van de inkomensafhankelijke bijdragen. Het gaat daarbij met name om artikel 47 Awr. In de huidige wetgeving (de AWBZ, de Wet financiering volksverzekeringen (Wfv) en de reeds aangehaalde Zfw) wordt echter een bestendige lijn gehanteerd in de formulering van informatiebepalingen binnen de sociale ziektekostenverzekeringen. Ook met het wetsvoorstel Invoeringswet Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv)¹ is geen inbreuk gemaakt op deze bestendige lijn. Daarom is de rijksbelastingdienst niet uit artikel 87, eerste lid geschrapt.

Verder merk ik op dat het verstrekken van (persoons)gegevens door de overige in artikel 87 opgesomde instanties wel degelijk voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet of van de zorgverzekeringen noodzakelijk kan zijn. Zo kan het noodzakelijk zijn bepaalde informatie van de Sociale Verzekeringsbank of de rijksbelastingdienst te ontvangen om na te gaan of degene die een zorgverzekering wil sluiten, wel verzekeringsplichtig is. Overigens merk ik op dat artikel 73b Zfw op dit moment het verstrekken van (persoons)gegevens aan de ziekenfondsen verplicht stelt.

¹ Kamerstukken II 2003/04, 29 529.

e. Het advies van de Raad heeft aanleiding gegeven om de PVK en de AFM uit de opsomming van artikel 87, eerste lid, te schrappen. De reden daarvan is dat de PVK en de AFM op grond van de Zorgverzekeringswet geen specifieke taak krijgen. Zij zullen hun werkzaamheden ten aanzien van de zorgverzekeraars en zorgverzekeringen op grond van de Wtv 1993 en het tussen de PVK, de DNB en de AFM gesloten convenant (in de toekomst: de Wft) uitoefenen. Op grond van die wetten is respectievelijk zal worden geregeld wie in dat verband welke gegevens aan de PVK (in de toekomst: PVK/DNB) zal moeten aanleveren. Het voorgaande brengt vervolgens, ten gevolge van de koppeling van artikel 88 aan artikel 87 met zich, dat de PVK en de AFM ook geen gegevens zullen hoeven te verstrekken aan al de in artikel 87, eerste lid, genoemde instanties. In artikel 88, eerste lid, is de verwijzing naar de Wtv 1993 geschrapt.

Wel zullen in de Invoerings- en aanpassingwet Zvw artikelen worden opgenomen die de Wtv 1993 (en zonedig ook de Wft) zo zullen wijzigen, dat de PVK en de AFM verplicht zijn bepaalde informatie aan het CTZ en het CVZ mede te delen.

Artikel 92 van de Zorgverzekeringswet is aangepast aan de teksten die op dit punt in de Wft zijn opgenomen.

12. Financiële structuur en gevolgen

a. De hoogte van de inkomensafhankelijke bijdrage is gerelateerd aan de totale macro-premielast, namelijk 50% daarvan. Deze totale lasten worden, zoals blijkt uit artikel 45, vierde lid, niet gedefinieerd, maar bij ministeriële regeling vastgesteld. De vereveningsbijdrage wordt mede met de opbrengsten hiervan gefinancierd.

De Raad vraagt aandacht voor een aantal aspecten.

De inkomensafhankelijke bijdrage wordt gerelateerd aan de macro-premielast en niet aan de kostenontwikkeling. Premielasten bewegen daardoor niet automatisch mee met de kostenontwikkeling. Aldus wordt de vaststelling van de macro-premielast ook een belangrijk instrument tot beheersing van de kostenontwikkeling. Juist vanwege dit karakter dient, naar het oordeel van de Raad, de vaststelling van de macro-premielast niet bij ministeriële regeling plaats te vinden zoals wordt voorgesteld, maar bij wet. In het verlengde hiervan geldt dat evenzeer voor de vaststelling van het budget voor de vereveningsbijdrage.

Daarnaast wordt niet gemotiveerd waarom de inkomensafhankelijke bijdrage op 50% van de macropremielast is vastgelegd. Er kan immers behoefte bestaan aan een zekere flexibiliteit in het jaarlijks bepalen van dit onderdeel van de collectieve lastendruk.

De Raad adviseert ter zake van deze punten een nadere toelichting en beveelt aan het voorstel aan te passen.

b. Volgens de memorie van toelichting is er voor gekozen om ten aanzien van de inkomensafhankelijke bijdrage niet helemaal van dezelfde grondslag uit te gaan als in de huidige Zfw, omdat de heffingssystematiek van de Zfw niet aansluit bij die van de belastingheffing en aansluiting bij de premiegrondslag van de Zfw bovendien rechtsongelijkheid met zich zou brengen. Met het oog op de eenvoud van de uitvoering en het voorkomen van rechtsongelijkheid is in beginsel aangesloten op bestaande begrippen in de belastingheffing¹. De toelichting maakt niet duidelijk waarom het uitgangspunt van aansluiting bij de Zfw het meest voor de hand zou liggen. De kring van verzekeringsplichtigen voor de Zvw sluit naadloos aan bij de kring van verplicht verzekerden voor de AWBZ. Vanuit dat oogpunt bezien zou, volgens de Raad, aansluiting bij de heffingsgrondslag voor de AWBZ evenzeer voor de hand liggen. Bovendien is dit een aantrekkelijke optie uit een oogpunt van eenvoud van uitvoering. Ook in de omstandigheid dat de regering uitdrukkelijk de mogelijkheid open houdt dat de Zvw en de AWBZ op termijn in één zullen vloeien ziet de Raad een argument voor aansluiting bij de heffingsgrondslag voor de AWBZ². De Raad adviseert de keuze voor de heffingsgrondslag in het licht van het voorgaande nader te motiveren, dan wel het voorstel op dit punt aan te passen.

¹ Memorie van toelichting, B Artikelsgewijze toelichting. Paragraaf 5.2 De inkomensafhankelijke bijdrage.

² Memorie van toelichting. hoofdstuk V, onder c., *Verzekeringplicht*.

c. De inkomensafhankelijke bijdrage is verschuldigd over het bijdrage-inkomen tot een bepaalde hoogte. Indien de verzekeringsplichtige loon geniet dat is onderworpen aan de heffing van loonbelasting, heeft hij ingevolge artikel 46, eerste lid, recht op vergoeding door de inhoudingsplichtige. De Raad merkt op dat deze regeling, zoals ook al uit de teruggaafregeling in artikel 50 naar voren komt, administratief zeer bewerkelijk is voor zowel de werkgever, de Belastingdienst als, onder omstandigheden, voor de verzekeringsplichtige. Bovendien is wel voorzien in regels voor toerekening van bedragen bij teruggaaf, maar niet bij de inhouding zelf. Ten slotte is in artikel 50 niet voorzien in de situatie dat de verzekeringsplichtige naast loon ook andere inkomensbestanddelen (zoals winst) kan genieten die tot de grondslag van de inkomensafhankelijke bijdrage behoren.

De Raad adviseert een en ander opnieuw te bezien, mede met het oog op een uitvoering die recht doet aan de doelstelling van het kabinet om de administratieve lasten te verminderen.

d. In de toelichting¹ is aangegeven wat de inkomenseffecten voor de verschillende inkomensgroepen zijn. Die zijn zeer divers. Opmerkelijk is bijvoorbeeld dat degenen die twee tot tweeënehalf keer modaal verdienen en de AOW-gerechtigde paren met 10 000 euro op jaarbasis extra, een fors positief inkomenseffect hebben. De Wet op de zorgtoeslag voorziet in toeslagen voor diegenen die een (te) hoge nominale premie betalen in verhouding tot hun inkomen. De Raad onderschrijft de benadering om inkomenspolitieke effecten van de (nominale) premie buiten het nieuwe stelsel te houden en in de zorgtoeslag te regelen. Er wordt evenwel geen zicht geboden op de wijze waarop met de (soms substantieel) positieve effecten van de nieuwe premiesystematiek om zal worden gegaan.

De Raad adviseert op dit aspect in te gaan en aan te geven hoe door middel van andere maatregelen in het kader van het jaarlijkse inkomensbeleid tegemoet zal worden gekomen aan het belang van evenwichtige inkomensverhoudingen.

Daarnaast adviseert de Raad in te gaan op de omvang en kwetsbaarheid van de administratieve handelingen die verband houden met de voorziene hoge nominale premies en de compenserende toeslagen krachtens de Toeslagenwet.

e. De toelichting berekent (naar huidige inzichten) een nominale premie van gemiddeld 1030 euro per jaar per verzekerde. In de Wet op de zorgtoeslag wordt uiteengezet wanneer, hoe en in welke mate deze lasten met een toeslag worden gecompenseerd zodat een evenwichtige lastenverdeling ontstaat. Het wordt niet duidelijk hoe in de tijd gezien het betalen van de nominale premie(s) en het ontvangen van de toeslag hun beslag gaan krijgen. Zicht daarop is van belang omdat, zeker voor de laagste inkomens, het betalen van de nominale premie, zonder dat op hetzelfde moment de toeslag wordt uitgekeerd, heel bezwaarlijk kan zijn.

De Raad adviseert dit aspect nader toe te lichten.

12. Financiële structuur en gevolgen

12.a Geen gevolg is gegeven aan het advies van de Raad om de vaststelling van de macropremielast niet bij ministeriële regeling, maar bij wet vast te stellen. In de artikelsgewijze toelichting is aangegeven dat dit voortvloeit uit louter praktische overwegingen. Daarmee wordt niet – zoals de Raad aanneemt – een belangrijk instrument tot kostenbeheersing geïntroduceerd. Met betrekking tot de vaststelling door de Raad dat niet gemotiveerd zou zijn waarom de inkomensafhankelijke bijdrage op 50% van de macropremielast is vastgelegd, wijs ik erop dat in het algemeen deel van de toelichting in hoofdstuk V, onderdeel f, onder het kopje «werkgeversbijdrage» het volgende is gesteld: «De SER hanteert in zijn advies over een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen als werkhypothese een werkgeversbijdrage van 50 procent van de premiesom. Daarbij stelde de SER dat groepen burgers er door de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel niet onbedoeld financieel op achteruit mogen gaan. De invulling die in de Zorgverzekeringswet aan de werkgeversbijdrage is gegeven, past binnen de kaders van het SER-advies, doordat de huidige werkgeversbijdrage voor de ziekenfondsverzekering en de gemiddelde werkgeversbijdrage in de particuliere ziektekostenverzekeringen

¹ Memorie van toelichting, Hoofdstuk X, onder *Inkomenseffecten*.

zo goed mogelijk worden overgezet naar de nieuwe verzekering. Deze invulling van de werkgeversbijdrage beperkt de inkomensgevolgen van de stelselwijziging en beperkt daarmee ook de kosten van de compensatiemaatregelen met betrekking tot negatieve inkomenseffecten.»

Overigens is aan artikel 45 een lid toegevoegd, dat het mogelijk maakt het bijdragepercentage na te calculeren indien achteraf blijkt dat de bedragen waarvan bij de vaststelling van de macropremielast was uitgegaan, in de praktijk anders uit zijn gevallen.

b. Naar aanleiding van de opmerking van de Raad van State dat, gelet op het feit dat de kring van verzekeringsplichtigen voor de Zorgverzekeringswet naadloos aansluit bij de kring van verplicht verzekerden voor de AWBZ, aansluiting bij de heffingsgrondslag voor de AWBZ evenzeer voor de hand zou liggen als aansluiting bij die voor de Zfw, merk ik het volgende op. In het Hoofdlijnenakkoord is voor de Zorgverzekeringswet als heffingsgrondslag voor de inkomensafhankelijke bijdrage in zijn algemeenheid het inkomen uit tegenwoordige en vroegere arbeid genomen. Deze heffingsgrondslag ligt dicht bij het loon dat of de loonvervangende uitkering die in de Zfw heffingsgrondslag voor de premie vormt. Bij de bepaling van bedoelde heffingsgrondslag voor de Zorgverzekeringswet is een belangrijke overweging geweest dat de inkomensgevolgen bij de overgang van de Zfw naar de Zorgverzekeringswet zo beperkt mogelijk zouden moeten zijn. Omdat ik een eenvoudige uitvoering van de bijdrageheffing voorsta, is uitvoering door de Belastingdienst het uitgangspunt. Dit is alleen mogelijk als het bijdrageinkomen van een verzekerde past binnen het juridische begrippenkader van de loon- en inkomstenbelasting. Bovendien dient de grondslag te worden verbreed in verband met de uitbreiding van de kring van verzekerden. Om die redenen is niet uitgegaan van dezelfde grondslag en heffingssystematiek als bij de Zfw, maar is aangesloten bij inkomen uit werk, zoals dit wordt gehanteerd in de Wet inkomstenbelasting 2001. Over inkomsten waarover de uitbetalende instantie loonbelasting moet inhouden en afdragen, vindt heffing aan de bron plaats. Indien over de inkomsten uit werk geen heffing loonbelasting plaats vindt, wordt de inkomensafhankelijke bijdrage door de Belastingdienst op aanslag geheven. Anders dan bij de premieheffing AWBZ, worden de inkomsten die in de inhoudingsfeer zijn meegenomen, niet meer (met verrekening van de voorheffingen) in de aanslagsfeer betrokken. Bovendien vindt de heffing niet over geheel box 1 (inkomen uit werk en woning) plaats, maar blijven de inkomsten uit eigen woning, de inkomsten die worden behaald met de terbeschikkingstelling van vermogen aan een onderneming van de verzekerde of van een met de verzekerde verbonden persoon, en de zogenoemde persoonsgebonden aftrek van betrokkene buiten aanmerking. Indien voor de inkomensafhankelijke bijdrage overgegaan zou worden op dezelfde heffingsgrondslag als die van de AWBZ, zouden de inkomenseffecten aanmerkelijk wijzigen ten opzichte van de thans resulterende inkomenseffecten.

c. De bijdrageheffing moge naar de mening van de Raad van State ingewikkeld lijken, zij sluit goed aan bij de heffing van de overige sociale verzekeringswetten zoals die al jaren geldt en zoals die is opgenomen in de Wfsv waarmee de Tweede Kamer onlangs heeft ingestemd. De vormgeving ziet er enigszins anders uit, doch de uitwerking in de praktijk wijkt niet wezenlijk af. De tegemoetkoming in de bijdrageheffing die een inhoudingsplichtige aan een verzekeringsplichtige moet vergoeden, is wat dit aspect betreft te vergelijken met het werkgeversdeel van de premie zoals in de Werkloosheidswet en in de Zfw bestaat. Ook in de vigerende Ziektewet, Werkloosheidswet en de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering is de premie verschuldigd over een maximum premie-inkomen. Door samenloop van meerdere dienstbetrekkingen kan het in die verzekeringswetten gestelde maximum worden overschreden. Indien dat zich voordoet, vindt nu op basis van artikel 9 van de Coördinatiewet Sociale Verzekering terugbetaling van teveel ingehouden premie plaats. Vanaf 2006 zal dit zijn geregeld in artikel 3.1.1.2, Wfsv. Bedoelde terugbetalingsregeling vormt de basis voor de in artikel 50 van de Zorgverzekeringswet opgenomen terugbetalingsregeling. De teruggaveregelingsregeling in de Zorgverzekeringswet is derhalve binnen de uitvoeringsorganisatie van de sociale verzekeringen geen onbekend fenomeen.

Anders dan de Raad meent, gelden de regels voor toerekening van bedragen niet alleen bij teruggaaf. Zij gelden ook indien in samenloopsituaties op grond van artikel 50, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet bij beschikking vanwege vermoedelijke overschrijding van het maximum bijdrage-inkomen, toestemming is verleend de inkomensafhankelijke bijdrage voor een deel niet in te houden. Tevens is voorzien in een regeling voor de situatie dat de verzekeringsplichtige naast loon ook andere inkomsten geniet die tot het bijdrage-inkomen behoren, zoals winst. Deze regeling staat evenwel niet in artikel 50, maar in artikel 49, derde lid, van de Zorgverzekeringswet. Uit dat lid volgt dat geen bijdrage op aanslag verschuldigd is indien via de loonheffing voor dat jaar reeds de maximumbijdrage is voldaan.

d. Overeenkomstig het verzoek van de Raad is in het algemeen deel van de toelichting aandacht besteed aan de wijze waarop het kabinet de uit de Zorgverzekeringswet resulterende inkomenseffecten wil betrekken bij het jaarlijkse inkomensbeleid.

De compensatie van de nominale premie vindt in voorkomende gevallen plaats door middel van de zorgtoeslag. Deze zal door de rechthebbende zelf moeten worden aangevraagd. Voorzien is in een automatische toezending van de aanvraag aan de potentieel rechthebbenden, op basis van historische inkomens- en huishoudgegevens zoals die bij de Belastingdienst bekend zijn. Om het de belanghebbenden zo eenvoudig mogelijk te maken, worden de relevante gegevens voor de toeslag in de aanvraag voorgedrukt. De administratieve handelingen worden hiermee zoveel mogelijk beperkt.

e. De Raad merkt op dat niet duidelijk wordt hoe, in de tijd gezien, het betalen van nominale premie en het ontvangen van zorgtoeslag hun beslag gaan krijgen.

De uitbetaling van de zorgtoeslag is geregeld in de Algemene wet inkomensafhankelijke regelingen (Awir). Daarin is bepaald dat – bij een tijdige aanvraag – de zorgtoeslag jaarlijks in twaalf termijnen wordt uitbetaald, te beginnen in de maand december voorafgaand aan het berekeningsjaar. In de praktijk zal dit doorgaans betekenen dat de betaling van de zorgtoeslag over het algemeen iets eerder plaatsvindt dan de betaling van de zorgpremie aan de verzekeraar. In de artikelsgewijze toelichting bij het onderhavige wetsvoorstel is dit ter verduidelijking opgenomen.

13. Overige (technische) opmerkingen

a. Artikel 13 van het voorstel biedt onvoldoende garantie dat, indien een verzekerde zich in overeenstemming met het Gemeenschapsrecht begeeft naar een andere lidstaat om aldaar van een zorgaanbieder zorgdiensten te ontvangen, de randvoorwaarden, zoals de vergoeding van de noodzakelijke reis- en verblijfskosten, die het HvJ EG heeft gesteld in acht zullen worden genomen¹.

De Raad adviseert de regels hieromtrent in het wetsvoorstel zelf neer te leggen.

b. Artikel 18, vierde lid, bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur nadere regels kunnen worden gesteld. Daarbij is niet bepaald waarop die algemene maatregelen van bestuur betrekking kunnen hebben. Volgens aanwijzing 25 van de Aanwijzingen voor de regelgeving dient in de delegerende regeling de delegatie van regelgevende bevoegdheid zo concreet en nauwkeurig mogelijk te worden begrensd.

De Raad adviseert artikel 18, vierde lid, in die zin aan te passen.

c. In afwijking van artikel 73c, derde lid, Zfw, voorziet het voorgestelde artikel 88, derde lid, niet in afgifte van de daar genoemde bescheiden aan zorgverzekeraars. Onduidelijk is wat hiervan de reden is.

De Raad adviseert deze wijziging toe te lichten dan wel het voorstel op dit punt aan te passen.

d. In de toelichting bij het voorgestelde artikel 89 wordt opgemerkt dat het CTZ onder de Zvw geen toezicht meer houdt op de wijze waarop de zorgverzekeraars hun middelen besteden en dat zorgverzekeraars dus niet

¹ Zie in dit verband recent onder andere het arrest C-08/02, Leichtle, arrest van 18 maart 2004

meer opgedragen wordt een financieel verslag aan het CTZ of aan het CVZ te sturen. In het voorgestelde artikel 37 echter is bepaald dat de zorgverzekeraar binnen drie maanden na afloop van het boekjaar twee exemplaren van zijn jaarrekening en jaarverslag aan het CVZ stuurt (eerste lid), dat daarvan onverwijld één exemplaar naar de CTZ stuurt (vierde lid). Het is onduidelijk hoe de voorgestelde artikelen 37 en 89 zich op dit punt tot elkaar verhouden. De Raad adviseert dit nader toe te lichten en zo nodig het voorstel aan te passen.

e. Het voorgestelde artikel 90, derde lid, lijkt een samenvoeging te zijn van de artikelen 1x16 en 1y Zfw. Er is geen toelichting op dit artikel gegeven. De Raad adviseert daarin alsnog te voorzien en daarbij ook aandacht te besteden aan de toevoeging dat het «redelijkerwijs» nodig moet zijn voor de vervulling van de onderscheiden taken om toegang tot en inzage in zakelijke gegevens en bescheiden te verschaffen.

f. Artikel 119 van het wetsvoorstel bepaalt dat zorgverzekeraars ondernemingen zijn in de zin van de Mededingingswet (Mw), ook indien zij de toets van artikel 81 van het EG-Verdrag niet kunnen doorstaan. De Raad constateert dat deze bepaling een uitzondering maakt op het begrip onderneming in de Mw, dat weer stoelt op het EG-Verdrag. Hij is van mening dat een dergelijke uitzondering ongewenst is. Voorts plaats de Raad een vraagteken bij de noodzaak van deze bepaling. Indien zorgverzekeraars ondernemingen zijn, is deze bepaling niet nodig. Immers, dan vallen deze ondernemingen onder artikel 81 van het EG-Verdrag. De Raad adviseert de bepaling te schrappen.

13. Overige (technische) opmerkingen

13.a De Raad is van oordeel dat het wetsvoorstel onvoldoende garantie biedt dat de randvoorwaarden die het HvJ EG heeft gesteld, zoals de vergoeding van de noodzakelijke reis- en verblijfskosten, in acht zullen worden genomen indien een verzekerde zich in overeenstemming met het Gemeenschapsrecht begeeft naar een andere lidstaat om aldaar van een zorgaanbieder zorgdiensten te ontvangen. De Raad verwijst onder andere naar het arrest van het HvJ EG van 18 maart 2004, C-08/02, Leichtle. Anders dan de Raad, ben ik van mening dat uit de jurisprudentie van het HvJ EG niet de conclusie kan worden getrokken dat het Europese recht zonder meer verplicht tot een vergoeding van de noodzakelijke reis- en verblijfskosten indien een verzekerde ervoor kiest om in overeenstemming met het Gemeenschapsrecht zich in een andere lidstaat te laten behandelen. Uit het genoemde arrest vloeit wel voort dat er in de vergoedingsvoorwaarden geen onderscheid mag worden gemaakt al naar gelang de zorg in de lidstaat waar de verzekerde woont, of in een andere lidstaat wordt ingeroepen. Hiervan is in het onderhavige voorstel geen sprake. Feitelijk borduurt het HvJ EG voort op de lijn die al is neergelegd in het arrest van het HvJ EG van 28 april 1998, C-158/96, Kohll. Hierin stelde het Hof vast dat een lidstaat geen nationale vergoedingsregeling mocht vaststellen waarbij de vergoedingsvoorwaarden voor het invoeren van zorg in de desbetreffende lidstaat anders waren dan die voor het invoeren van zorg in een andere lidstaat. De invulling van de vraag welke reiskosten worden vergoed onder de Zorgverzekeringswet, geschiedt bij lagere regelgeving. Hierbij zal worden aangesloten bij de huidige Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet. Bij het opstellen van de regeling wordt uitgegaan van objectieve criteria, die niet-discriminerend en vooraf kenbaar zijn. Naar mijn mening wordt hiermee een grens gesteld aan de beoordelingsvrijheid van de individuele zorgverzekeraars en willekeur voorkomen.

13.b Artikel 18, vierde lid, van het voorstel van wet bepaalt dat bij algemene maatregel van bestuur nadere regels kunnen worden gesteld. Daarbij is niet bepaald waarop die nadere regels betrekking kunnen hebben. De Raad adviseert, overeenkomstig de Aanwijzingen voor de regelgeving, de delegatie van de regelgevende bevoegdheid zo concreet en nauwkeurig mogelijk te begrenzen.

Aan het advies van de Raad terzake is voldaan, in die zin dat in het artikel en in het algemeen deel van de toelichting is aangegeven dat de eventuele algemene maatregel van bestuur de mogelijkheid biedt regels te stellen die

voorkomen dat in collectieve contracten afspraken worden opgenomen die afbreuk doen aan het beoogde solidaire karakter van de zorgverzekering.

13.c Overeenkomstig het advies van de Raad is de tekst van artikel 88, derde lid, (afgifte van met de verzekering samenhangende bescheiden aan zorgverzekeraars) en de artikelsgewijze toelichting daarbij, aangepast in die zin, dat ook zorgverzekeraars recht krijgen op aanlevering van uittreksels uit registers van de burgerlijke stand.

13.d De opmerking van de Raad dat onduidelijk is hoe de voorgestelde artikelen 37 en 89 zich voor wat betreft het toezenden van jaarrekening en jaarverslag tot elkaar verhouden, berust op het misverstand dat het financieel verslag zoals de ziekenfondsen dat op grond van de Zfw moesten opstellen, steeds gelijk is aan de jaarrekening die op grond van het BW opgesteld moet worden. De in het BW geregelde verplichting om een jaarrekening op te stellen, blijft – uiteraard – bestaan. Artikel 37 van de Zorgverzekeringswet regelt vervolgens dat exemplaren daarvan aan het CTZ (in het aan de Raad voorgelegde wetsvoorstel was dit: aan het CVZ) gezonden moeten worden. De verplichting tot het opstellen van een financieel verslag – waarin het ziekenfonds het gebruik van publieke gelden jegens – in eerste instantie – het CTZ dient te verantwoorden – keert echter in de Zorgverzekeringswet niet terug. Het financieel verslag zou namelijk een verantwoordingplicht van de zorgverzekeraars inhouden over zaken waarover het kabinet geen verantwoording wenst, te weten met name de rechtmatigheid en doelmatigheid van de besteding van de vereveningsbijdragen en de nominale premies (zie ook punt 9.2.a). Een deel van de financiële informatie die de huidige ziekenfondsen in hun financieel verslag opnemen, is echter niet alleen dienstig voor hun verantwoording over de rechtmatigheid van de besteding van de middelen, maar wordt tevens gebruikt voor de bepaling van het EMU-saldo, voor de budgetcyclus Zfw en voor de risicoverevening. Laatstbedoelde informatie blijft ook onder de Zorgverzekeringswet noodzakelijk. Op grond van artikel 89 van de Zorgverzekeringswet zullen de zorgverzekeraars daarom verplicht worden dergelijke informatie aan het CVZ of CTZ te leveren. Omdat het niet meer gaat om verantwoordingsinformatie, is de verplichting tot het leveren van dergelijke «staten Zorgverzekeringswet» echter niet in hoofdstuk 4, paragraaf 3, van de Zorgverzekeringswet geregeld, maar in hoofdstuk 8. Voorts wordt om deze reden niet meer gesproken van een «financieel verslag».

13.e Aan het verzoek van de Raad van State om artikel 90, derde lid, toe te lichten, is voldaan.

13.f Het wetsvoorstel bepaalt dat zorgverzekeraars ondernemingen zijn in de zin van de Mededingingswet, ook indien zij de toets van artikel 81 van het EG-Verdrag niet kunnen doorstaan (d.w.z. dat zij in Europeesrechtelijke zin niet als onderneming gelden).

De Raad constateert dat deze bepaling een uitzondering maakt op het begrip onderneming in de Mededingingswet, dat weer stoelt op het EG-Verdrag. Hij is van mening dat een dergelijke uitzondering ongewenst is. Voorts plaatst de Raad een vraagteken bij de noodzaak van deze bepaling. Indien zorgverzekeraars ondernemingen zijn, is deze bepaling niet nodig. Immers, dan vallen deze ondernemingen onder artikel 81 van het EG-Verdrag. De Raad adviseert de bepaling te schrappen.

Het standpunt van de Raad overwegende komt het kabinet tot de volgende conclusie. Een cruciaal onderdeel van het nieuwe stelsel is het garanderen van voldoende concurrentie tussen verzekeraars, een punt dat ook door de Raad zelf is onderstreept. Daarbij hoort dat verzekeraars net als andere ondernemingen onder het mededingingstoezicht van de NMa vallen. Door een recent arrest HvJ EG¹ is hierover echter onzekerheid ontstaan. Dit arrest bepaalt dat Duitse ziekenfondsen geen ondernemingen zijn in de zin van de Europese mededingingsregels. Het kabinet is van mening dat het arrest zich niet zonder meer laat doortrekken naar zorgverzekeraars in de zin van dit wetsvoorstel. Hier bestaat echter geen volledige zekerheid over en daarom is in het wetsvoorstel bepaald dat zorgverzekeraars in ieder geval als ondernemingen in de zin van artikel 1 van de Mededingingswet worden aangemerkt. Een dergelijke wettelijke voorziening heeft een duidelijke toegevoegde waarde: het enkele feit dat de Nederlandse regering stelt dat de zorgverzekeraars onderne-

¹ AOK/Bundesverband (Arrest van 16 maart 2004 in de gevoegde zaken: C-264/01, C-306/01/ C-354/01, C-355/01).

mingen zijn, heeft naar Europees recht geen doorslaggevende betekenis. De interpretatie van het Europese ondernemingsbegrip kan door een uitspraak van het Hof toch anders uitpakken en dan biedt deze wettelijke bepaling een vangnet waarmee toch een adequaat mededingingstoezicht wordt gewaarborgd.

Een dergelijke wettelijke bepaling vormt inderdaad een uitzondering op het begrip onderneming uit de Mededingingswet. In de memorie van toelichting bij de Mededingingswet¹ is het uitgangspunt weergegeven dat de Nederlandse Mededingingswet niet strenger of soepeler zal zijn dan het Europese mededingingsrecht. Dat uitgangspunt moet worden bezien in het licht van de omstandigheden van dit specifieke geval en binnen de context van de memorie van toelichting. De Mededingingswet is georiënteerd op het Europese mededingingsrecht, maar zolang dit niet in strijd met EU-regels is het mogelijk om zwaarwegende redenen, zoals het garanderen van voldoende concurrentie tussen verzekeraars, een uitzondering te maken.

Bij de twijfels van de raad over de noodzaak van een bepaling kan worden opgemerkt dat het feit dat zorgverzekeraars ondernemingen zijn in de zin van de schaderichtlijn nog niet onverkort garandeert dat de mededingingsregels van toepassing zijn en dat dus een additionele bepaling nodig is om dit zeker te stellen. Zowel het algemeen deel van de toelichting als de artikelsgewijze toelichting is in bovenstaande zin verduidelijkt.

Met betrekking tot het standpunt van de Raad overweeg ik dat een cruciaal onderdeel van het nieuwe stelsel wordt gevormd door voldoende concurrentie door zorgverzekeraars, een punt dat ook door de Raad zelf is onderstreept. Daarbij hoort dat zorgverzekeraars, net als andere ondernemingen, onder het mededingingstoezicht van de Nma vallen. Door een recent arrest van het HvJ EG is hierover echter onzekerheid ontstaan wat betreft de positie van ziekenfondsen bij de uitvoering van de ziekenfondsverzekering. Het arrest bepaalt namelijk dat Duitse ziekenfondsen geen ondernemingen zijn in de zin van de Europese mededingingsregels. Het kabinet is echter van mening dat het arrest zich niet laat doortrekken naar zorgverzekeraars in de zin van dit wetsvoorstel. Zowel in de wettekst (artikel 1, onderdelen a en b) als in de artikelsgewijze toelichting is dit tot uitdrukking gebracht door aan te duiden dat een zorgverzekeraar een onderneming is. Het advies van de Raad is derhalve opgevolgd. Het algemeen deel van de toelichting is verder verduidelijkt om tot uitdrukking te brengen dat zorgverzekeraars als onderneming dienen te worden gekwalificeerd.

14. Voor redactionele kanttekeningen verwijst de Raad naar de bij het advies behorende bijlage.

14. Redactionele kanttekeningen en verdere wijzigingen

Aan de bij het advies van de Raad gevoegde redactionele kanttekeningen is aandacht besteed. Tevens zijn tijdens de periode waarin de Raad van State over het wetsvoorstel Zorgverzekeringswet adviseerde, onder meer de hoofdlijnen voor de lagere regelgeving Zorgverzekeringswet uitgewerkt. Deze werkzaamheden leidden tot de conclusie dat het wetsvoorstel op een aantal onderdelen moet worden aangepast. Ook ontwikkelingen op met de Zorgverzekeringswet verband houdende beleidsterreinen, bijvoorbeeld wat betreft de taken van de toekomstige Zorgautoriteit en de inhoud en uitvoering van het financieel toezicht, hebben aanleiding gegeven tot enkele wijzigingen. Ten slotte dient het wetsvoorstel op enkele punten nog om andere redenen te worden aangepast. In het hiernavolgende wordt een overzicht van deze wijzigingen gegeven.

Artikel 8 is gewijzigd om te voorkomen dat een zorgverzekeraar een zorgverzekering met terugwerkende kracht mag opzeggen. Zou dat wel mogelijk zijn, dan zou de verzekeringsplichtige niet in staat zijn om zijn volgende zorgverzekering op de opgezegde verzekering aan te laten sluiten, met als gevolg dat hij altijd met de in artikel 95 geregelde boete wegens te laat verzekeren zou worden geconfronteerd.

De in artikel 10 opgenomen vormen van zorg en overige diensten zijn enigszins anders geformuleerd en gegroepeerd. Hiermee is geen wezenlijke wijziging van het verzekerde pakket beoogd.

¹ Kamerstukken II 1995/96, 24 707, nr. 3, pagina 10.

De wijze waarop in artikel 11, derde lid, was bepaald dat bij de daar bedoelde amvb zorggebonden eigen bijdragen konden worden geregeld, was voor het geval de desbetreffende vorm van zorg op restitutiebasis was verzekerd, onjuist. De desbetreffende formulering is verbeterd, hetgeen ook tot herformulering van artikel 23 heeft geleid.

In artikel 14, tweede en derde lid, was geregeld dat degene die zich verwijtbaar te laat verzekert, geen recht heeft op verzekerde zorg of andere diensten voor zover de behoefte daaraan reeds voor de dag waarop de verzekering alsnog inging, was ontstaan. Uit overleg met deskundigen is gebleken dat deze uitsluiting nauwelijks uitvoerbaar is. Daarom zijn deze artikelleden geschrapt.

Artikel 16, tweede lid, is in die zin gewijzigd, dat de verplichting tot het betalen van (nominale) premie voor verzekerden die de leeftijd van achttien jaar hebben bereikt, pas geldt met ingang van de eerste dag van de kalendermaand volgende op de maand waarin zij achttien werden. Door deze ingangsdatum voor het betalen van premie bij wet vast te stellen in plaats van aan de zorgverzekeraars over te laten, wordt een betere aansluiting op de verstrekking van de zorgtoeslag en het systeem van risicoverevening bereikt.

Ten einde de zorgverzekeraar en de verzekeringsplichtige meer keuzemogelijkheden te bieden is het aantal tranches eigen risico in artikel 19 met twee tranches van elk € 100 uitgebreid.

In de artikelen 25, 30, 37 en 38 worden (aspirant) zorgverzekeraars verplicht bepaalde mededelingen te doen en stukken te zenden aan het CVZ. Deze artikelen zijn in die zin gewijzigd, dat deze mededelingen aan het CTZ in plaats van aan het CVZ moeten gedaan. Als gevolg daarvan zijn tevens de rollen van het CVZ en CTZ in artikel 26 omgedraaid. Voorts is de artikelsgewijze toelichting op deze artikelen alsmede op de artikelen zodanig gewijzigd, dat louter het CTZ (was: CVZ en CTZ) nu mag gaan of de door de zorgverzekeraar overgelegde modelovereenkomsten of wijzigingen daarin conform de Zorgverzekeringswet zijn (d.w.z. of een overeenkomstig een modelovereenkomst gesloten verzekering een zorgverzekering zal zijn).

De reikwijdte van de amvb, bedoeld in de artikelen 32 en 34, is verruimd, nu het mogelijk blijkt te zijn in de amvb de hoofdlijnen van de verevenings-systematiek op te nemen. In de aan de Raad voorgelegde versie van het wetsvoorstel ging ik er nog van uit dat deze systematiek geheel bij ministeriële regeling zou moeten worden geregeld.

Aan de delegatiebepaling, bedoeld in artikel 32, derde (inmiddels vierde) lid, is de mogelijkheid toegevoegd om bij ministeriële regeling tijdelijk – dat wil zeggen in afwachting van opname in de amvb, bedoeld in artikel 32, tweede lid en derde lid – extra criteria te regelen waarmee bij de berekening van de vereveningsbijdrage rekening wordt gehouden.

In de toelichting op artikel 32 is aangegeven dat het ook mogelijk is om negatieve vereveningsbijdragen toe te kennen of vast te stellen.

In artikel 34, eerste lid, is bepaald dat de vaststelling van de vereveningsbijdrage geschiedt in het tweede kalenderjaar volgende op het jaar waarop de bijdrage zag (t+2). In de artikelsgewijze toelichting is aangegeven dat aan deze vaststelling voorlopige vaststellingen vooraf kunnen gaan.

Artikel 38, vierde lid, is zodanig gewijzigd dat daarin niet meer de indruk wordt gewekt dat de daar bedoelde accountant een oordeel over het uitvoeringsverslag of de uitvoering geeft. Geregeld is dat hij zijn bevindingen daarover geeft.

De toelichting op artikel 38 is in die zin aangepast, dat wordt ingegaan op de mogelijkheid te komen tot een geïntegreerde, «maatschappelijke» verantwoording. Voorts wordt in de toelichting op artikel 38 nu ook uitgebreid naar artikel 89 verwezen.

Artikel 43 voorzag niet in de mogelijkheid om van in Nederland woonachtige personen te heffen over het wereldinkomen. In deze omissie is voorzien.

Artikel 45, derde lid, is in die zin gewijzigd, dat over bepaalde inkomensbestanddelen een lagere inkomensafhankelijke bijdrage kan worden geheven. In de artikelsgewijze toelichting is opgenomen dat het regelen hiervan niet alleen op zeelieden betrekking kan hebben, maar ook op andere groepen verzekeringsplichtigen.

Artikel 73, zesde lid, is geschrapt omdat onder de Zorgverzekeringswet geen behoefte meer aan het daar geregelde bestaat.

In artikel 76, derde lid, onderdeel a en in artikel 79, tweede lid, is «deze wet» telkens vervangen door: hetgeen bij of krachtens deze wet geregeld is. Zonder deze toevoeging zou verwarring kunnen ontstaan over de vraag of het CTZ ook toezicht houdt op de op de Zorgverzekeringswet gebaseerde lagere regelgeving.

Artikel 79, eerste lid, is geschrapt. Een rapportageverplichting van het CTZ per zorgverzekeraar past minder goed bij de aan de Zorgverzekeringswet ten grondslag liggende filosofie.

De artikelen 81 en 82 zijn samengevoegd en er is een nieuw artikel 82 opgesteld. In het nieuwe artikel 82 krijgt het CTZ de taak kerngegevens over de zorgverzekeraars te publiceren, opdat verzekeringsplichtigen op basis van een afgewogen oordeel tot de keuze van een zorgverzekeraar kunnen komen. Het CTZ heeft deze taak slechts gekregen voor zover derden – bijvoorbeeld de Consumentenbond – hierin niet voorzien.

In artikel 83 is onderdeel b geschrapt en is de reikwijdte van onderdeel c uitgebreid; de inhoud van onderdeel a is over twee leden verdeeld.

In de artikelsgewijze toelichting op artikel 89 is voor de volledigheid opgenomen dat op grond van dat artikel informatie ten behoeve van de budgetcyclus van het Rijk en ten behoeve van het risicovereveningssysteem kan worden gevraagd.

Artikel 91 ziet op de verstrekking of ontvangst van persoonsgegevens «in bulk» dat wil zeggen van of naar bestaande elektronische gegevensbestanden, bijvoorbeeld die van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen. Voor de duidelijkheid is dat in de artikelsgewijze toelichting geëxpliciteerd.

Artikel 92 is gemodelleerd naar de geheimhoudingsbepaling die in het wetsvoorstel Wft is opgenomen, hetgeen tevens gevolgen had voor artikel 93. Voorts is zeker gesteld dat ook de Algemene Rekenkamer onder omstandigheden over gegevens van individuele zorgverzekeraars kan beschikken.

De boete bij verwijtbaar te laat verzekeren (art. 95) is verzwaaard tot 130% (was: 100%) van de premie over de periode waarover men verzekerd had moeten zijn, met een maximum van vijf (was: drie) jaren. De reden daarvan is dat de oorspronkelijk in artikel 14, tweede en derde lid geregelde uitsluiting (zie hierboven) is komen te vervallen.

In de artikelen 100, 105, 107 en 110 zijn enkele wijzigingen aangebracht om een betere aansluiting bij de artikelen van het inmiddels bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel vierde tranche Algemene wet bestuursrecht (Kamerstukken II 1003/04, 29 702, nrs. 1 t/m 3) te bereiken. Om dezelfde reden is, onder vernummering van de artikelen 116 tot en met 118 een nieuw artikel 116 toegevoegd.

Het algemeen deel van de toelichting is aangevuld ten einde daarin de strekking weer te geven van de adviezen die over de Zorgverzekeringswet zijn uitgebracht door het Adviescollege toetsing administratieve lasten en de Algemene Rekenkamer.

Ten slotte is van de gelegenheid gebruik gemaakt om redactionele wijzigingen aan te brengen en vindplaatsen van stukken waaraan in de toelichting wordt gerefereerd, te actualiseren.

De Raad van State geeft U in overweging het voorstel van wet niet te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal dan nadat met het vorenstaande rekening zal zijn gehouden.

*De Vice-President van de Raad van State,
H. D. Tjeenk Willink*

Ik moge U verzoeken het hierbij gevoegde gewijzigde voorstel van wet en de gewijzigde memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

**Bijlage bij het advies van de Raad van State betreffende
no. W13.04.0217/III met redactionele kanttekeningen die de Raad in
overweging geeft.**

Wetsvoorstel

- Artikel 3, vijfde lid, de zinsconstructie aanpassen opdat de zin beter loopt.
- Artikel 12, eerste lid, zodanig aanpassen dat de zin beter loopt en dat daaruit duidelijk blijkt dat het hier om een overeenkomstenplicht gaat en wat die inhoudt. Eventueel de zinsnede «mag verstrekken» vervangen door: dient te verstrekken.
- Artikel 23, eerste lid, de term «verzekerde» vervangen door: verzekeringnemer.
- Artikel 33, eerste lid, zodanig formuleren dat deze bepaling regelt dat bij ministeriële regeling het bedrag vastgesteld wordt dat aan zorgverzekeraars wordt toegekend.
- Artikel 49, derde lid, de zinsnede «ten hoogste kan worden geheven» vervangen door: wordt geheven.
- Artikel 95, derde lid, «de boete is de premie» vervangen door: de hoogte van de boete is gelijk aan de premie.
- Artikel 95, vijfde lid, «in opdracht van» vervangen door: namens.

Memorie van toelichting

- Artikelsgewijze toelichting, paragraaf 9.3: *Artikel 96* vervangen door *Artikel 95*.
- Artikelsgewijze toelichting, paragraaf 3.5: Voor de doelstelling van de no-claimteruggave (artikel 22) wordt verwezen naar de memorie van toelichting bij een eerder wetsvoorstel. Hiermee kan niet worden volstaan, in verband met de zelfstandige leesbaarheid van de memorie van toelichting bij het onderhavige wetsvoorstel. De toelichting op dit punt aanvullen.